

## INSCRIPTIONS 2025/2026

### Restauration scolaire

Périscolaires matin, soir, accueil de loisirs du mercredi

Extrascolaire : accueil de loisirs des vacances scolaires

### DOSSIER D'INSCRIPTION OBLIGATOIRE :

**À TRANSMETTRE COMPLET (fiches et pièces nécessaires) AVANT LE 21 Juin 2025 .**

- Par mail, **uniquement scanné au format PDF**, à [centredeloisirs@noailles60.fr](mailto:centredeloisirs@noailles60.fr)

### RESTAURATION SCOLAIRE et PAUSE MÉRIDIANNE (11h30-13h30)

Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi

#### PÉRISCOLAIRE

- matin (7h00-8h00) et matin gratuit (8h-8h30)
- soir (16h30-19h00)
- Accueil périscolaire du mercredi (7h00 – 19h00), selon les options suivantes :
  - > Journée complète avec repas (accueil : 7h00 - 9h00 => départ : 16h30-19h00)
  - Journée complète sans repas (accueil de 7h00 à 12h00 et accueil de 13h30 => départ de 16h30 19h00)
  - > Matinée avec repas (accueil : 7h00 - 9h00 => départ : 13h30)
  - Matinée sans repas (accueil : 7h00 - 9h00 => départ : 12h00)
  - > Après-midi sans repas (accueil : 13h30 => départ : 16h30-19h00)
  - Après-midi avec repas (accueil : 12h00 => départ : 16h30-19h00)

#### EXTRASCOLAIRE accueil de Loisirs (ALSH) vacances scolaires

Journée et semaine complètes selon les mêmes modalités que l'accueil périscolaire du mercredi

Participation familiale selon ressources et composition du foyer.

Grille tarifaire consultable sur le site internet de la commune.

#### VOS RÉSERVATIONS PÉRISCOLAIRES

Via le portail famille [Cityviz](https://www.cityviz.com), depuis l'onglet RESERVATION / ANNULATION. Les familles n'ayant pas accès à internet doivent effectuer leurs réservations auprès de l'accueil du centre de loisirs.

#### PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR AVEC LE DOSSIER

- **Attestation fournie par la CAF faisant apparaître votre Numéro d'allocataire CAF**
- **Une attestation d'assurance Responsabilité Civile et/ou individuelle\***
- **Une copie de l'attestation de sécurité sociale**
- **Une copie de la carte mutuelle**
- **Une copie des pages de vaccinations du carnet de santé**
- **Une copie de la CNI de chaque parent**

**Pour les familles ne disposant pas d'un numéro d'allocataire CAF uniquement :**

- *La photocopie intégrale (4 pages) des derniers avis d'imposition des 2 parents.*
- *Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.*

## CAS PARTICULIERS

-Dossier PAI en cas de protocole médical ou allergie particulière.

**Pièces complémentaires si vous habitez la commune mais que votre enfant n'est pas scolarisé dans l'école de Noailles et qu'il n'a jamais fréquenté les accueils de loisirs municipaux :**

-En cas de divorce ou de séparation : photocopie de l'extrait du jugement précisant l'autorité parentale et les modalités de garde. En l'absence de jugement, fournir l'attestation sur l'honneur de séparation (document téléchargeable sur le portail famille ou en retrait à l'accueil de loisirs).

## A NOTER

**Les documents demandés sont indispensables pour le calcul de la participation familiale. A défaut, c'est la participation maximale qui sera appliquée.** En l'absence de contentieux, le dossier sera détruit au plus tard 1 an après que l'enfant ait quitté le centre.

### TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

Pour être complet, le dossier d'inscription doit contenir, outre les pièces justificatives mentionnées à la page précédente, une fiche sanitaire de liaison par enfant inscrit, et un PAI par enfant qui le nécessite.

**Le dossier et les pièces justificatives doivent être retournés avant le 21/06/2025.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé nécessaire à la gestion des différentes inscriptions de vos enfants.

Elles sont réservées à l'usage unique de la mairie et de l'accueil de loisirs.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent.

Pour exercer ce droit ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la ville de Noailles, par voie électronique [mairie@noailles60.fr](mailto:mairie@noailles60.fr) ou postale à l'adresse suivante :

Mairie de Noailles

Délégué à la Protection des Données

1 rue de Paris

60430 NOAILLES

Pour information, les moyens de paiement possibles sont :

Chèque, Chèque CESU, CB en ligne via Cityviz, chèque vacances, espèces.

**Un nouveau mode de paiement simplifié est désormais disponible via virement automatique, pour cela il suffit de remplir le formulaire d'autorisation de mandat SEPA jointe ci-dessous.**

Nom / Prénom du titulaire du compte :

Adresse postale :

Banque :

IBAN :

BIC :

**FICHE DE RENSEIGNEMENT DES ENFANTS SCOLARISES  
ANNEE 2025-2026**

PERE	MERE
Nom : Prénom :	Nom/ Nom de jeune fille : Prénom
Date de naissance : Lieu de naissance :	Date de naissance : Lieu de naissance :
Tél : domicile Tél portable Tél travail	Tél : domicile Tél portable Tél travail
Adresse Mail obligatoire :	Adresse Mail obligatoire :
Adresse postale :	Adresse postale :
Profession :	Profession :
Nombre d'enfants ,..... dont .... à charge	Nombre d'enfants ,..... dont .... à charge
N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : Régime général : Autres (précisez) :	

1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Date de naissance	Date de naissance
Sexe :	Sexe :
En cas de séparation merci de préciser qui a la garde et de fournir les justificatifs nécessaires :	En cas de divorce merci de préciser qui a la garde et de fournir les justificatifs nécessaires :
Allergie alimentaire :	Allergie alimentaire :
Traitement ou consigne médicale particulière :	Traitement ou consigne médicale particulière :
3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Date de naissance	Date de naissance
Sexe :	Sexe :
En cas de divorce merci de préciser qui a la garde et de fournir les justificatifs nécessaires :	En cas de divorce merci de préciser qui a la garde et de fournir les justificatifs nécessaires :
Allergie alimentaire :	Allergie alimentaire :
Traitement ou consigne médicale particulière :	Traitement ou consigne médicale particulière :

**Autorise les personnes suivantes en tant que personnes habilitées à retirer mon enfant.**

Nom/ Prénom / N° tél

.....  
.....  
.....  
.....

Lien avec l'enfant:

.....  
.....  
.....  
.....

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e), M. " Mme " (Nom/Prénom).....  
Responsable légal(e) de l'enfant : .....

- ✓ Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs.
- ✓ Autorise l'équipe d'animation à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire.
- ✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du PEDT de la Commune.
- ✓ Atteste sur l'honneur que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.
- ✓ Autorise la ville de Noailles, si besoin, à consulter les éléments de mon dossier CAF nécessaires à l'exercice de sa mission. Je peux m'opposer à la consultation de ces informations en adressant un courrier à la mairie de Noailles. Dans ce cas, il m'appartient de fournir les éléments nécessaires à mon dossier.
- ✓ M'engage à faire notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès de la mairie ou de l'accueil de loisirs.
- ✓ M'engage à signaler tout changement d'adresse ou de situation à la mairie ou à l'accueil de loisirs.
- ✓ **Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses du règlement intérieur de la structure régissant les activités auxquelles mon enfant participe (disponible en téléchargement depuis le site internet de la commune ou sur simple demande auprès de l'accueil de loisirs ou de la mairie).**

- Autorise mon enfant à partir seul
- N'autorise pas mon enfant à partir seul

## AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), (Nom/Prénom).....  
l'enfant .....  
Responsable légal de

Autorise le personnel de l'Accueil de Loisirs à :

- photographier,
- filmer,
- capter et enregistrer la voix (chorale...)

Et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement sans exploitation commerciale les images ainsi réalisées, pour une durée maximale de 5 ans, sur les supports municipaux de communication suivants :

- Journal municipal : « L'info Noillaise ».
- Site internet de la mairie : <http://www.noailles60.fr> ,
- Page Facebook de la mairie, Chaîne Youtube de la commune.
- Journal du centre de loisirs

Je certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible aux responsables du Centre de Loisirs.

Fait à ..... Le .....

**Signature du responsable (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Maternelle  Élémentaire Fille  Garçon 

## REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Oui  Non Sans viande Oui  Non 

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme (PAI à demander) Oui  Non Allergies Médicamenteuses Oui  Non 

Autres (Précisé): \_\_\_\_\_

Allergies Alimentaires Oui  Non 

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Remplir impérativement un PAI disponible sur demande au service périscolaire. La famille s'engage à fournir le PAI avant toute fréquentation de l'enfant. A défaut, il ne pourra participer aux activités et les sommes engagées ne pourront être remboursées.

Traitement Médical Oui  Non 

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant)

## AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

Difficulté de santé Oui  Non 

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_

Informations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire,...) : \_\_\_\_\_

## Autorisation sanitaire

- ✓ Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à faire mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences.

Signature du responsable