

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

Année 2026/2027

Afin d'inscrire votre enfant aux services scolaires et périscolaires pour l'année 2026/2027, nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre les documents suivants :

-  Inscription aux services du 1^{er} au 08 septembre 2026,
-  Engagement sur l'honneur,
-  Fiche 1 – Fiche liaison de l'enfant,
-  Fiche 2 – Fiche sanitaire de l'enfant,
-  Fiche 3 – Fiche d'inscription aux services périscolaires.

A RENVoyer Dûment Complété Et Accompagné Des Pièces Justificatives
AVANT LE 15 MAI 2026.

Ce dossier est à retourner à :

SIVOS Abc
1 rue du Régiment de la Chaudière
14610 COLOMBY-ANGUERNY

Ou à l'enseignant de votre enfant

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE

INSCRIPTION SEMAINE DE LA RENTRÉE :

Afin d'organiser au mieux la rentrée, nous vous remercions d'indiquer dans ce tableau les jours et services sur lesquels votre enfant doit être inscrit. Pour la garderie, précisez le lieu de garderie.

JOUR	CANTINE	GARDERIE MATIN	GARDERIE SOIR
Mardi 01/09/2026			
Jeudi 03/09/2026			
Vendredi 04/09/2026			
Lundi 07/09/2026			
Mardi 08/09/2026			

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Nom de l'enfant : Prénom :

Classe : Ecole :

☐ Atteste avoir pris connaissance du document « Livret d'accompagnement de votre (vos) enfant(s) - Année scolaire 2025/2026 » et m'engage à le respecter.

Signature de l'enfant :

Je soussigné(e) M. / Mme

responsable de l'enfant

- ✓ atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur le présent document,
- ✓ M'engage à régler dans les délais impartis, les prestations pour lesquelles je sollicite l'inscription de mon enfant, conformément aux conditions administratives d'utilisation de ces services, dont je reconnais avoir pris connaissance et qui fera loi en cas de litige,
- ✓ Approuve les règlements intérieurs (restaurant scolaire et garderie périscolaire), qui m'ont été remis avec le dossier d'inscription, que j'ai lu et fait lire à mon enfant, et m'engage à les respecter et lui faire respecter.

Signatures des parents obligatoire, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Les informations recueillies sur ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par le SIVOS ABC pour la gestion des écoles, activités périscolaires et extrascolaires.

Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées uniquement aux services du SIVOS Abc et aux écoles.

Conformément à la loi "informatique et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat du SIVOS : sivosabc.secretariat@wanadoo.fr

☐ En cochant cette case, je reconnais avoir été informé de la création d'un fichier informatisé contenant mes informations.

RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

Nouvelle Inscription ☐
Renouvellement ☐

Année scolaire 2026/2027
Ecole de : ☐ Anisy
☐ Colomby-Anguerny

Niveau scolaire à la rentrée 2026/2027 : ☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS
☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

ENFANT		
IDENTITE		PHOTO (*)
Nom :	Prénom :	
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin		
Date de Naissance :	Lieu de Naissance :	
Adresse :		
		* À fournir si manquant

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
☐ En cochant cette case, je reconnais avoir souscrit une assurance responsabilité civile et individuelle accident pour mon enfant.

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non	Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non
Nom : Nom de naissance :	Nom : Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Email :	
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
FAMILLE OU STRUCTURE D'ACCUEIL	
Structure (Nom et adresse) :	Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non
Tél. :	Email :

PERSONNES À CONTACTER ET/OU AUTORISÉES À RECUPERER L'ENFANT (Autres que les parents)	
CONTACT 1	CONTACT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non	Appel en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non
Autorisé à récupérer l'enfant : ☐ Oui ☐ Non	Autorisé à récupérer l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

CONTACT 3	CONTACT 4
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non	Appel en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non
Autorisé à récupérer l'enfant : ☐ Oui ☐ Non	Autorisé à récupérer l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES		
AUTORISATIONS PARENTALES	OUI	NON
Partir seul : J'autorise mon enfant à quitter seul, ou accompagné d'un mineur, la structure. <i>Une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre à cette fiche)</i>		
Prise de photo : J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé et autorise la diffusion, sans limitation de durée, de l'image de mon enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur des animations réalisées dans les différentes structures.		
Sport : J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur.		
Hospitalisation : J'autorise l'école ou le responsable des activités périscolaires à faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et hospitalisation jugés indispensables par le médecin, à l'hôpital préconisé.		

A, le

Signature Représentant 1
ou famille accueil :

Signature Représentant 2 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

REPRÉSENTANTS LÉGAUX			
REPRESENTANT LEGAL 1		REPRESENTANT LEGAL 2	
Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non		Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non	
Nom : Nom de naissance :		Nom : Nom de naissance :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Adresse :		Adresse :	
Email :			
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Tél. Pro. :		Tél. Pro. :	
FAMILLE OU STRUCTURE D'ACCUEIL			
Structure (Nom et adresse) :		Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non	
Tél. :		Email :	
APPAREILLAGE		OUI	NON
Votre enfant porte-t-il des lunettes ?			
Votre enfant porte-t-il des lentilles ?			
Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?			
Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?			
HANDICAP		OUI	NON
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?			
DONNEES COMPLEMENTAIRES			
INFORMATIONS MEDICALES			
MEDECIN TRAITANT	TELEPHONE FIXE	TELEPHONE MOBILE	

VACCIN	DATE	MALADIE	DATE MALADIE	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		Rubéole		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		Varicelle		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		Angine		
Grippe		Coqueluche		
Haemophilus influenzae b		Oreillons		
Hépatite A		Otite		
Hépatite B		Rougeole		
Méningocoque C		Scarlatine		
Papillomavirus humain		Rhumatisme articulaire aigu		
Pneumocoque		ALLERGIE	OUI	NON
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		Asthme		
Tuberculose (BCG)		Alimentaires		
Varicelle		Médicamenteuses		
Autres : _____		Autres : _____		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

En cas d'allergies, précisez lesquelles ainsi que les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** :

P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : ☐ Oui ☐ Non **Joindre la copie du dossier**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise l'école ou le responsable des activités périscolaires à faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et hospitalisation jugés indispensables par le médecin, à l'hôpital préconisé

Date :

Signature Représentant 1 ou famille d'accueil

Signature Représentant 2

FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

ECOLE DE

Nom de l'enfant : Prénom :

Classe : Enseignante(s) :

Merci de nous fournir une adresse mail valide et lisible :

Pour des raisons de responsabilité et de sécurité, un enfant ne peut fréquenter le restaurant scolaire et la garderie que s'il est inscrit.

Vous devez donc inscrire administrativement votre enfant et remplir préalablement cette fiche d'inscription, même si l'enfant n'utilise les services que de façon exceptionnelle.

RESTAURATION SCOLAIRE

⇒ PLANNING PREVISIONNEL :

- Pour un planning année :

entourer les jours de présence

OU

- Pour un planning au mois : cocher la case ☐ merci d'indiquer une adresse email

OU

- Pour un planning occasionnel :

entourer les jours de présence

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

Cas particuliers :

- ☐ Repas sans porc ☐ Repas sans viande ☐ Plan d'Accueil Personnalisé (dossier à nous remettre)

⇒ FACTURATION :

Pour les tarifs, veuillez consulter le livret d'accompagnement qui vous a été remis avec le dossier d'inscription.

Il est possible d'annuler ou d'inscrire votre enfant à la cantine en informant le secrétariat du SIVOS Abc **24 heures avant** 10h (jours ouvrés) par mail à sivosabc.periscolaire@outlook.fr ou par téléphone au 02.31.80.54.25.



TOUT REPAS ANNULÉ HORS DÉLAI SERA ALORS FACTURÉ.

GARDERIE

Pour la sécurité de votre enfant, nous vous rappelons que vous devez impérativement l'accompagner et vous faire reconnaître par les responsables de garderie.

Un pointage systématique des enfants est mis en place et votre signature doit être apposée sur la feuille de présence matin et soir.

⇒ PLANNING PREVISIONNEL :

Cocher les jours de présence possible et indiquer le site de la garderie (Anisy, Basly ou Colomby-Anguerny) :

JOURS	MATIN	SOIR	LIEU DE GARDERIE
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

FICHE 3B



Si vous choisissez un lieu de garderie différent du lieu de scolarisation, pensez à vous renseigner sur le site de la Région (nomad-car@normandie.fr) pour choisir le bon forfait pour la carte de bus. Ou contactez-les au 02 22 55 00 10.

⇒ FACTURATION :

Pour les familles optant pour le forfait mensuel à la garderie : ce forfait vous engage, **que votre enfant soit présent ou non, il sera facturé.**

Pour les tarifs, veuillez consulter le livret d'accompagnement qui vous a été remis avec le dossier d'inscription.

Cocher le type de forfait pour lequel vous optez :

- Forfait mensuel matin ☐
 Forfait mensuel soir ☐
 Forfait mensuel matin et soir ☐

 Forfait occasionnel matin ☐
 Forfait occasionnel soir ☐

Réduction famille à appliquer ☐

Indiquer les noms et prénoms des frères et sœurs :

La réduction ne s'applique que si les 2 enfants utilisent un forfait mensuel pour la garderie.

Tout dépassement de temps sera facturé 20 € par enfant.

BUS

⇒ PLANNING PREVISIONNEL :

Entourer les arrêts de montée et de descente, pour le matin et le soir :

Site	Communes	Matin	Soir
Garderie Basly	Basly	8h	
Ecole élémentaire	C-A*	8h06 / 8h10	16h06 / 16h18
Ecole maternelle	Anisy		16h34 / 16h45
Arrêt Coursanne	C-A*	8h13	16h21
Ecole maternelle	Anisy	8h24 / 8h26	
Ecole élémentaire	C-A*	8h39 / 8h43	16h53 / 16h57
Garderie	Basly		17h02

Cocher les jours d'utilisation du bus :

- ☐ Lundi
☐ Mardi
☐ Jeudi
☐ Vendredi

En cours d'année, si vous devez utiliser un autre arrêt que celui indiqué dans votre abonnement, même occasionnellement, merci de le signaler par mail à : nomad-car14@normandie.fr et copie à sivosabc.periscolaire@outlook.fr

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE



Indiquer si vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique : ☐ Oui ☐ Non

MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR UN RIB.

☐ En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifie exactes les informations portées par ce formulaire.

Date :

Signature Représentant 1 ou famille d'accueil

Signature Représentant 2