



Commune de Barberaz
Savoie

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE PERISCOLAIRE ANNEE 2025/2026

MERE

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél mobile : Tél fixe : Tél travail :

Email :@..... (Obligatoire pour facturation)

Acceptez-vous de recevoir des informations, factures... sur cet email oui non

Si non, vous devez vous procurer votre facture auprès du service Enfance-Jeunesse ou via le portail famille.

PERE

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél mobile : Tél fixe : Tél travail :

Email :@..... (Obligatoire pour facturation)

Acceptez-vous de recevoir des informations, factures... sur cet email oui non

Si non, vous devez vous procurer votre facture auprès du service Enfance-Jeunesse ou via le portail famille.

Personne de confiance à contacter : Tél :

Facturation à : Monsieur Madame

ENFANTS SCOLARISES EN PRIMAIRE ET MATERNELLE UNIQUEMENT

Attention remplir tous les champs

1- Nom : Prénom : École : Classe :

2- Nom : Prénom : École : Classe :

3- Nom : Prénom : École : Classe :

La commune de Barberaz propose des repas classiques pour tous (sans repas de substitution) ou des repas sans viande (poisson possible).

Vous pouvez choisir ci-dessous quel sera le régime alimentaire pour votre(vos) enfant(s):

Prénom :	Classique	<input type="checkbox"/>	Végétarien	<input type="checkbox"/>	} Attention, ce choix correspond à un repas végétarien tous les jours
Prénom :	Classique	<input type="checkbox"/>	végétarien	<input type="checkbox"/>	
Prénom :	Classique	<input type="checkbox"/>	Végétarien	<input type="checkbox"/>	

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire reconnue ? Oui Non

Si oui : Prénom : Prénom : Prénom :

Disposez-vous d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Oui Non



Commune de Barberaz
Savoie

**FICHE D'AUTORISATIONS
ANNEE SCOLAIRE 2025 - 2026**

Nous soussignés :

Père :

Mère :

Autorisons notre (nos) enfant(s) à participer aux éventuels pique-niques organisés par le service périscolaire.

Oui Non

Autorisons notre (nos) enfant(s) à être photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires.

Oui Non

Autorisons la commune de Barberaz à vérifier notre quotient familial grâce au numéro d'allocataire ci-dessous.

N° d'allocataire :

Oui Non

Sans autorisation, vous devrez obligatoirement fournir une attestation CAF mentionnant votre QF datée de moins de deux mois.

A défaut, nous nous verrons dans l'obligation d'appliquer le QF le plus haut (voir tableau fiche de modalités).

Nous reconnaissons avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du service périscolaire ainsi que de son règlement intérieur.

Signature des parents :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la présence de l'enfant sur les différents temps périscolaires.

VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit : Du DT polio, DT coq, Tétracoq, autre	Vaccins pratiqués	Dates

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES			SCARLATINE		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI
COQUELUCHE			OTITES			ASTHME			ROUGEOLE			OREILLONS		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Descriptifs	Dates

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

.....

Attention : Aucun médicament ne sera administré à votre enfant durant les temps périscolaires. Toutefois, si votre enfant souffre de troubles chroniques ou allergiques il est impératif de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé afin de pouvoir apporter les réponses nécessaires en cas de problème (Transmettre obligatoirement un exemplaire au service éducation)**

Je soussigné (e),..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise la commune à transmettre ce document à la personne référente des temps périscolaire de l'école et à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Tél Père : Tél Mère :

Le(s) représentant (s) légal(aux) **Date** : Signature :



RECUPERATION PAR UNE TIERCE PERSONNE

AUTORISATION DE SORTIR SEUL(E) DE L'ECOLE

Je soussigné(e) Madame/Monsieur responsable légal de(s) l'enfant(s) :

..... scolarisé(e) à l'école de en classe de
..... scolarisé(e) à l'école de en classe de
..... scolarisé(e) à l'école de en classe de
..... scolarisé(e) à l'école de en classe de

autorise mon enfant à quitter l'école par ses propres moyens à la fin de la garderie du midi (12h30), du soir (18h30) ou de l'étude (18h00) **uniquement pour les enfants de CE et CM**, (pour des raisons de sécurité, nous n'autorisons pas les enfants de la maternelle au CP à quitter l'école sans la présence d'un adulte).

autorise Mme / M Téléphone :/.....
Mme / M Téléphone :/.....

à récupérer mon (mes) enfant(s).

Les personnes autorisées doivent présenter une pièce d'identité aux agents périscolaires.

ATTENTION - En cas de retard, prévenir impérativement l'équipe périscolaire sur site :

Albanne : 06.11.74.07.95

Concorde : 06.11.74.08.23

Autorisation valable pour la durée de l'année scolaire 2025-2026

(en cas de changement, prévenir le service)

Fait à _____ le _____
Signature