

**FAMILLE D'ACCUEIL**  à cocher si vous êtes concerné(e) *Fournir obligatoirement votre attestation d'accueil*

<b>REPRÉSENTANT(E) 1</b>		Ce sera cette personne qui sera facturée	
NOM		Prénom	
NOM de jeune fille			
Date de naissance			
Adresse du domicile			
Lien de parenté		<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre	
Situation familiale		<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Tél personnel		Tél portable	
E mail			
Profession		Tél professionnel	
Employeur			
Adresse de l'employeur			

<b>REPRÉSENTANT(E) 2</b>			
NOM		Prénom	
NOM de jeune fille			
Date de naissance			
Adresse du domicile			
Lien de parenté		<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre	
Situation familiale		<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Tél personnel		Tél portable	
E mail			
Profession		Tél professionnel	
Employeur			
Adresse de l'employeur			

<b>Allocations familiales</b>	N° d'allocataire	
<i>Joindre obligatoirement l'attestation de paiement CAF datant de moins de 3 mois</i>		
Si vous n'en percevez pas, cochez cette case <input type="checkbox"/>		

### Informations Importantes

A compléter lisiblement pour inscrire vos enfants aux activités péri et extrascolaires afin de bénéficier des tarifs correspondants à votre situation familiale (Quotient Familial\*)

**Périscolaire** = restauration / transport / garderie avant et après l'école

**Extrascolaire** = ACM mercredi / vacances scolaires / séjours / espace jeunes

Les inscriptions se font **uniquement** sur dossier papier pour en vérifier la complétude

Les transmissions par mail ou dans la boîte aux lettres ne seront pas traitées

**Tout dossier incomplet sera refusé**

Nous vous rappelons la nécessité de nous informer, sur justificatif, de tout changement d'adresse ou de situation maritale en cours d'année.

Vous êtes autonomes pour modifier en ligne vos coordonnées (mail, téléphone...)

## FICHE ENFANT 1

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Sexe :  fille  garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant :  représentant(e)1  représentant(e)2

Ecole 2025-2026 :

Classe :

### ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul  oui  non

### TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt  oui  non

**REGIME ALIMENTAIRE**  Végétarien  Sans Porc

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

## FICHE ENFANT 2

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Sexe :  fille  garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant :  représentant(e)1  représentant(e)2

Ecole 2025-2026 :

Classe :

### ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul  oui  non

### TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt  oui  non

**REGIME ALIMENTAIRE**  Végétarien  Sans Porc

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

## FICHE ENFANT 3

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Sexe :  fille  garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant :  représentant(e)1  représentant(e)2

Ecole 2025-2026 :

Classe :

### ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul  oui  non

### TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt  oui  non

**REGIME ALIMENTAIRE**  Végétarien  Sans Porc

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

## FICHE ENFANT 4

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Sexe :  fille  garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant :  représentant(e)1  représentant(e)2

Ecole 2025-2026 :

Classe :

### ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul  oui  non

### TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt  oui  non

**REGIME ALIMENTAIRE**  Végétarien  Sans Porc

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

\*Si votre enfant présente un trouble de santé (pathologie, allergie alimentaire) ou un handicap, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi à chaque rentrée scolaire. Pour le temps scolaire et de la restauration, le PAI doit être signé par le directeur d'école (qu'il vous convient de contacter dès la rentrée scolaire). Pour les temps péri et extrascolaires, le PAI doit être signé par le médecin qui suit l'enfant. Afin d'accueillir les enfants en situation de handicap dans des conditions optimales, nous invitons les familles concernées à se rapprocher du service pour une inscription personnalisée. Veuillez contacter la Ville par email : [guichetunique@ville-wavrin.fr](mailto:guichetunique@ville-wavrin.fr)

Contacts autres que les représentant(e)s 1 et 2		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom :	Prénom :				
Lien de parenté :	Tél personnel :				
Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :					
	venir chercher l'enfant en périscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	venir chercher l'enfant en extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	être prévenu(e) en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :				
Lien de parenté :	Tél personnel :				
Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :					
	venir chercher l'enfant en périscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	venir chercher l'enfant en extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	être prévenu(e) en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :				
Lien de parenté :	Tél personnel :				
Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :					
	venir chercher l'enfant en périscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	venir chercher l'enfant en extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	être prévenu(e) en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :				
Lien de parenté :	Tél personnel :				
Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :					
	venir chercher l'enfant en périscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	venir chercher l'enfant en extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	être prévenu en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Calcul du quotient familial =

Ressources mensuelles + allocations familiales

-----

Nombre de parts fiscales

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....  
représentant(e) légal(e) de l'enfant ou des enfants mentionné(s) précédemment, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et notamment les informations médicales. Je m'engage à informer la Ville de Wavrin de tout changement relatif aux renseignements fournis qui interviendrait au cours de l'année. J'autorise mon ou mes enfants à participer à toutes les activités et sorties, et autorise les responsables des structures à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). La ville de Wavrin décline toute responsabilité en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant dans ce dossier. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils (disponible sur [www.wavrin.fr](http://www.wavrin.fr)) et m'engage à le respecter. Le projet pédagogique sera à votre disposition, sur demande, dans les structures, le 1er jour de l'accueil.

Dans le cadre des activités péri et extrascolaires, votre enfant peut être photographié ou filmé en vue de publication ou diffusion (site internet, réseaux sociaux de la commune, Wavr'infos).

Merci de nous préciser votre choix :

- J'autorise la prise de vue de mon enfant (pour une durée d'utilisation de maximum 10 ans pour la diffusion en ligne).  
 Je refuse la prise de vue de mon enfant (auquel cas, un floutage de tout élément permettant d'identifier votre enfant sera fait pour préserver son anonymat).

Fait à ..... le.....

Lu et approuvé  
NOM et Prénom

### PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE

**En l'absence d'avis d'imposition et d'attestation CAF ou MSA remis dans les délais, le tarif maximum vous sera appliqué**

- Avis d'imposition **complet** 2024 sur les revenus 2023 du foyer
- Attestation de **paiement** CAF ou MSA datant de moins de 3 mois précisant le montant des allocations familiales perçues  
(Si vous ne percevez pas de CAF, merci de cocher la case dans le cadre « allocations familiales » page 1)  
*Pour rappel, l'attestation avec votre quotient CAF n'est pas valable*
- Fiche sanitaire de liaison annexée **avec copie du carnet de vaccination**

Si vous demandez l'application du tarif maximum, cochez cette case

### CONTACTS

#### **INSCRIPTIONS / RESERVATIONS / ANNULATIONS (VOIR PROCEDURE D'INSCRIPTION SUR LE PORTAIL FAMILLE) :**

Mairie de Wavrin - Service guichet unique - place de la République 59136 Wavrin - 03 20 58 57 57 (choix n°1)

**Horaires :** mardi, mercredi et vendredi de 8h00 à 12h00 et de 15h00 à 17h30

jeudi de 8h00 à 12h00 / samedi de 8h00-12h15

[guichetunique@ville-wavrin.fr](mailto:guichetunique@ville-wavrin.fr)

#### **RENSEIGNEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT DES ACCUEILS :**

Service Enfance et Jeunesse de la Ville de Wavrin  
Groupe scolaire Simone Veil – Avenue de l'Europe - 03 28 55 37 00 - Sur rendez-vous.

#### **RENSEIGNEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA REGIE AUX HORAIRES D'OUVERTURE DE LA REGIE MUNICIPALE :**

Mairie de Wavrin – Service régie - place de la République 59136 Wavrin 03 20 58 57 57 (choix n°4)

**Horaires :** mercredi et vendredi : 8h45-11h30 / 15h00-17h15 / samedi : 8h45-12h15

par mail à [regiesmunicipales@ville-wavrin.fr](mailto:regiesmunicipales@ville-wavrin.fr)



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**Joindre obligatoirement la copie  
du carnet de vaccination**

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

#### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

#### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

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

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser**  oui  non

#### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

#### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :