



# ANNEE SCOLAIRE 2026/2027 PERISCOLAIRE

DUI

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION



- ✚ **ACCUEIL DU MATIN 7H00 / 08H00**
- ✚ **PAUSE MERIDIENNE 11H30 / 13H30**
- ✚ **PERISCOLAIRE APRES-MIDI 16H00 / 18H00**
- ✚ **MERCREDI MATIN RECREATIF 8H00/12H00**

RETROUVEZ TOUTES LES INFOS SUR NOTRE PAGE FACEBOOK :

[HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/SERVICE-JEUNESSE-COMMUNE-DE-SPICHEREN-](https://www.facebook.com/service-jeunesse-commune-de-spicheren-)

## Périscolaire



# Implantation

Espace JOSEPH ALLMANG, Rue de l'Abbé Collowald à SPICHEREN

## Période de fonctionnement:

Les accueils fonctionnent toute l'année scolaire (sauf périodes de vacances).

- **Accueil du Matin**

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 07h00 à 08h00 (Accueil jusqu'à 7h45).

- **Pause méridienne**

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 11h30 à 13h30.

- **Périscolaire Après-Midi**

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16h00 à 18h00 (Possibilité de récupérer l'enfant à partir de 17h30).

- **Mercredi matin Récréatif**

Les mercredis de 08h00 à 12h00 (Accueil échelonné de 08h00 à 09h00).

## Tarifs :

Les tarifs sont échelonnés en fonction du quotient familial. (Tarif unique quel que soit le temps d'accueil)

	Matin 7h00/8h00	Pause méridienne 11h30/13h30	Soirée 16h00/18h00	Mercredis Matin Récréatifs 08h00/12h00
<b>Barème A</b> De 0 à 400	<b>1.10 €</b>	<b>5.50 €</b>	<b>1.50 €</b>	<b>5€/ Matinée</b>
<b>Barème B</b> de 401 à 800	<b>1.20 €</b>	<b>6 €</b>	<b>2 €</b>	<b>5.50 € / Matinée</b>
<b>Barème C</b> de 801 à 1200	<b>1.30 €</b>	<b>6.50 €</b>	<b>2.50 €</b>	<b>6.50 €/ Matinée</b>
<b>Barème D</b> de 1201 à 1800	<b>1.40 €</b>	<b>7 €</b>	<b>3 €</b>	<b>7.50 €/ Matinée</b>
<b>Barème E</b> 1801 à 2100	<b>1.50 €</b>	<b>7.50 €</b>	<b>3.50 €</b>	<b>8.50 €/ Matinée</b>
<b>Barème F</b> 2101 et plus	<b>1.60 €</b>	<b>8 €</b>	<b>4 €</b>	<b>9 €/ Matinée</b>

## Enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Sexe : M / F Classe fréquentée : .....  
Adresse : .....

## Responsable du foyer de l'enfant

### Situation familiale :

Marié(e)       Pacsé(e)       Divorcé(e)       Séparé(e)       Célibataire

### Responsable du foyer Mère :

Nom (Pour la mère indiquer le nom de jeune fille ainsi que le nom d'usage) :  
.....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone (Portable, Fixe, Travail) : .....

Mail : .....

### Responsable du foyer Père :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone (Portable, Fixe, Travail) : .....

Mail : .....

### En cas de famille recomposée, conjoint vivant maritalement avec le responsable de l'enfant (si nécessaire) :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone (fixe, portable, Travail) : .....

Mail : .....

### Caisse d'allocation familiale : (Attestation à fournir)

Numéro d'allocataire : ..... Quotient Familial : .....

### Assurance extra-scolaire : (Attestation à fournir)

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident couvrant le temps extrascolaire et périscolaire.

Nom de l'assurance : ..... Numéro de contrat : .....

## Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant et à prévenir en cas d'urgence en dehors des parents

L'enfant sera remis à la personne majeure désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité.

Si vous autorisez exceptionnellement une autre personne que celles désignées ci-dessous à prendre en charge votre enfant, prévenir la mairie.

Merci remplir le tableau par ordre de préférence.

Nom - Prénom	Lien à préciser (Grand-parents-frère...)	Téléphone
		Portable : Domicile : Professionnel :
		Portable : Domicile : Professionnel :

### Autorisation Parentale

Je soussigne :

Représentant légal de l'enfant :

Reconnais être entièrement investis de mes droits civils à son égard.  
Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation des différents accueils et m'engage à les respecter. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce dossier.

autorise  n'autorise pas

- La diffusion de son image sur les supports papiers et numériques : Réseaux sociaux : page **Facebook du service et communal**, Canal local, R.L, Film, affiche promotionnelle...

autorise  n'autorise pas

- A être véhiculé par le personnel d'encadrement (Mini Bus Communal)

autorise  n'autorise pas

- Le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident, nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence, concernant mon enfant.

## Régime alimentaire spécifique de l'enfant

Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case correspondant au régime alimentaire de votre enfant.

- Mon enfant ne mange pas de porc
- Mon enfant ne mange aucune viande (régime végétarien ou autre)

Fait à ..... Le

**Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint et acceptons ses conditions.**

**Signature du représentant légal - Précédée de la mention**

**« Lu et approuvé - bon pour accord »**

## Documents à fournir

**Pour toute inscription, veuillez fournir les pièces justificatives suivantes :**

- Dossier d'inscription dûment rempli et signé
- Photocopie de l'attestation d'assurance extrascolaire 2025/2026 en responsabilité civile
- Photocopie de la carte d'identité
- Si allocataire de la Caf (Caisse d'Allocation Familiale) : joindre le formulaire justifiant votre quotient familial (A télécharger à partir de votre compte personnel Caf)
- Un Relevé d'Identité Bancaire
- Fiche Sanitaire de Liaison



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

---

---

---

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Père domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :