



# LIVRET D'INSCRIPTION AUX SERVICES COMMUNAUX 2026-2027

Nom :  Prénom :

Classe :  Date de naissance :

☐ Garçon ☐ Fille

Pour les maternelles, l'enfant fait-il toujours la sieste? Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous bénéficiaire AEEH pour votre enfant : Oui ☐ Non ☐

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## **Tuteur légal 1 (inscrit en tant que débiteur principal) :**

**Si garde alternée : semaine paire :** ☐ **semaine impaire :** ☐

Nom :		Prénom :	
Numéro de sécurité sociale :			
Date de naissance du parent :			
Adresse :		CP & Ville:	
Téléphone portable :		Téléphone pro :	
E-mail :		(merci d'écrire lisiblement)	

## **Tuteur légal 2 (inscrit en tant que débiteur solidaire) :**

**Si garde alternée : semaine paire :** ☐ **semaine impaire :** ☐

Nom :		Prénom :	
Numéro de sécurité sociale :			
Date de naissance du parent :			
Adresse :		CP & Ville:	
Téléphone portable :		Téléphone pro :	
E-mail :		(merci d'écrire lisiblement)	

---

### **L'enfant fréquentera-t-il ?**

#### **Pour les Ymarois et les Saint-Aubinois :**

- l'accueil de loisirs pendant les vacances scolaires : Oui ☐ Non ☐ occasionnellement \* ☐

#### **Pour les Ymarois et les enfants fréquentant l'école d'Ymare :**

- l'accueil de loisirs du mercredi \* : Oui ☐ Non ☐ occasionnellement \* ☐

- la cantine \* : Oui ☐ Non ☐ occasionnellement\* ☐

- l'étude surveillée : Oui ☐ Non ☐

- la garderie : Oui ☐ Non ☐

→ si oui : à la présence ☐ ou au forfait mensuel ☐

**Voir sur le site de la mairie les conditions d'inscription et/ou de modification sur la prestation concernée.**

**\* Occasionnellement : attention, prévenir minimum 11 jours à l'avance**

**\* La réponse OUI inscrit automatiquement votre enfant les mercredis sur toute la période scolaire (hors vacances scolaires). Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit inscrit tous les mercredis, rendez-vous sur votre espace famille pour le désinscrire les jours où il ne sera pas présent. Attention, sans cette manipulation, tous les mercredis du mois vous seront facturés automatiquement.**

**\* La réponse OUI inscrit automatiquement votre enfant les : lundi, mardi, jeudi et vendredi sur toute la période scolaire (hors vacances scolaires). Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit inscrit toute la semaine, rendez-vous sur votre espace famille pour le désinscrire les jours où il ne mangera pas. Attention, sans cette manipulation, tous les repas du mois vous seront facturés automatiquement.**

# AUTORISATIONS

## AUTORISATION POUR LA DIFFUSION D'IMAGES :

Je soussigné(e) Mr, Mme, , représentant légal du mineur  ☐ autorise ☐ n'autorise pas la mairie d'Ymare à publier gracieusement les images de mon enfant qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs sur tous supports de communication et d'information relatifs à la promotion de ses activités.

---

## AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) Mr, Mme, , ☐ autorise ☐ n'autorise pas, mon enfant,  à rentrer seul(e) le soir.

---

## AUTORISATION DE TRANSPORT :

Pour information, les *enfants seront véhiculés* :

- *Soit en car (par l'intermédiaire d'une société privée)*
- *Soit avec des véhicules 9 places mis à disposition par la Ligue du Sport Adapté de Normandie (LSAN). Les chauffeurs seront les animateurs déclarés des accueils de loisirs d'Ymare et de la LSAN.*

*En cas de besoin, d'urgence ou de panne d'un véhicule, le directeur de l'accueil de loisirs d'Ymare pourra être amené à utiliser son véhicule personnel.*

Je soussigné(e) Mr, Mme, , représentant légal du mineur  ☐ autorise ☐ n'autorise pas l'accueil de loisirs d'Ymare à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités.

Fait à

Le

Signature(s) du ou des responsables légaux :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

### Code de l'Action Sociale et des Familles

CETTE FICHE PERMET DE RECEUILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (L'ARRETE DU 20 FEVRIER 2003 RELATIF AU SUIVI SANITAIRE DES MINEURS EN SEJOURS DE VACANCES OU EN ACCUEIL DE LOISIRS).

#### 1- VACCINATIONS

☐ **Fournir les photocopies des vaccinations présentes dans le carnet de santé.**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

#### 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant 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 pris sans ordonnance**

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

RUBEOLE

VARICELLE

ANGINE

RHUMATISME  
ARTICULAIRE  
AIGU

SCARLATINE

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

COQUELUCHE

OTITE

ROUGEOLE

OREILLONS

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐

AUTRES

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTÉS DE SOMMEIL... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ oui ☐ non  
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? ☐ oui ☐ non

#### 4- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

--

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU  
☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,  responsable légal de l'enfant, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Extrait du Journal officiel du 8 mai 2021 à retrouver [ici](#).

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

## DOCUMENTS A JOINDRE

- ☐ Photocopies des vaccinations présentes dans le carnet de santé.
  - ☐ Attestation d'assurance périscolaire et/ou extrascolaire.
  - ☐ Tableau des vacances scolaires pour les Saint-Aubinois
  - ☐ Tableau des mercredis et vacances scolaires pour les Ymarois  
(ou réservation via « mon espace famille »)
  - ☐ Autorisation de pratiquer une activité associative  
(uniquement si l'activité à lieu pendant la garderie et/ou l'accueil de loisirs)
  - ☐ Avis d'imposition  
(Facultatif, uniquement pour les familles habitant Ymare et Saint-Aubin-Celloville. Voir tableau des tranches sur le site internet de la mairie)
- 

☐ Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur du(d)es service(s) fréquenté(s).

Règlement intérieur consultable sur le site internet de la commune : onglet « enfance/jeunesse », rubrique « inscription services communaux ».

Fait à

Le

Signature(s) du ou des responsables légaux :

☐ Cochez ici si vous ne souhaitez pas que vos informations soient transmises à l'association des parents d'élèves (FCPE). Que pour les enfants fréquentant l'école d'Ymare.



Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de la Seine-Maritime

**Les informations fournies seront utilisées pour l'ensemble des services municipaux.**

Conformément au RGPD, nous vous informons que la Mairie d'Ymare est responsable du traitement de vos données personnelles nécessaires à l'inscription de votre enfant aux services périscolaire et extrascolaire municipaux. Ce traitement a pour finalité la bonne gestion de ces services et permettra à la Mairie de vous contacter en cas de nécessité. Il repose sur l'exécution, par la Mairie, d'obligations légales et de missions d'intérêt public. Ces données sont strictement réservées aux besoins des services dédiés, et seront conservées pendant un an puis archivées.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et de limitation du traitement de vos données en vous adressant au délégué à la protection des données de la Mairie d'Ymare : [dpd@cdg76.fr](mailto:dpd@cdg76.fr). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.