

FICHE DE RÉINSCRIPTION PÉRISCOLAIRE
Restauration Scolaire , Accueil Avant/Après Classe



CAP SUR **20** BOURGES
28 CAPITALE
EUROPÉENNE
DE LA CULTURE

À retourner par mail ou par courrier :
inscriptions-periscolaires@ville-bourges.fr
Hotel de Ville, Service Accueil Familles
11 rue Jacques Rimbault - CS50003
18020 BOURGES CEDEX

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

**TOUTE FICHE NON RENSEIGNÉE DANS SON
INTÉGRALITÉ NE SERA PAS PRISE EN COMPTE.**

ENFANT 1

NOM : Prénom :

École : Classe :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

ENFANT 2

NOM : Prénom :

École : Classe :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

ENFANT 3

NOM : Prénom :

École : Classe :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

RESPONSABLES LÉGAUX :

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Tél. (fixe, portable, travail) :	Tél. (fixe, portable, travail) :
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
marié.e veuf.ve remarié.e marié.e veuf.ve	
divorcé.e vie maritale /pacsé.e divorcé.e vie maritale remarié.e	
séparé.e célibataire séparé.e célibataire /pacsé.e	
Titulaire de l'autorité parentale : Père Mère Autre (préciser)	
Numéro Allocataire CAF du parent ayant l'autorité parentale :	

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Si besoin rajouter les contacts sur papier libre, cocher la personne à contacter d'urgence

NOM et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

ENFANT 1

NOM : Prénom :

Allergie Alimentaire

Non Oui (préciser),

Reconnaissance MDPH (Pour un accompagnement adapté de votre enfant, merci de contacter le Service Accueil Familles avant toute inscription)

Non Oui En cours

Repas sans porc

Non Oui

ENFANT 2

NOM : Prénom :

Allergie Alimentaire

Non Oui (préciser),

Reconnaissance MDPH (Pour un accompagnement adapté de votre enfant, merci de contacter le Service Accueil Familles avant toute inscription)

Non Oui En cours

Repas sans porc

Non Oui

ENFANT 3

NOM : Prénom :

Allergie Alimentaire

Non Oui (préciser),

Reconnaissance MDPH (Pour un accompagnement adapté de votre enfant, merci de contacter le Service Accueil Familles avant toute inscription)

Non Oui En cours

Repas sans porc

Non Oui

AUTORISATIONS

Autonomie enfant 1* NOM : Prénom :

Non Oui

Autonomie enfant 2* NOM : Prénom :

Non Oui

Autonomie enfant 3* NOM : Prénom :

Non Oui

* Autonomie de l'enfant de plus de 6 ans autorisé.e à sortir seul.e des services.

Droit à l'image (prise de vue audiovisuelle ou photographique durant activités périscolaires et extrascolaires)

J'autorise Je n'autorise pas

COMMUNICATION

Acceptez-vous de recevoir des information relatives aux activité périscolaires : campagne d'inscriptions, mouvement de grève, réservations des places en centres de loisirs ...?

Non Oui

Si oui : • par sms Non Oui

• par courriel : Non Oui

FACTURATION

Nom du payeur

Je soussigné(e), père, mère ou tuteur, m'engage à prendre connaissance des règlements intérieurs et à régler à chaque échéance le montant des prestations dont les tarifs ont été fixés par le Conseil Municipal.

Pour la sécurité de mon enfant, je m'engage à fournir un Plan d'Accueil Individuel (PAI) signé par le médecin traitant en cas d'allergie alimentaire sévère avant fréquentation de la restauration scolaire.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à communiquer au Service Accueil Famille tout changement de situation (Tél., QF, adresse...).

Fait à Bourges le

Signature

ENVOYER CE
FORMULAIRE EN
CLIQUANT ICI.

