

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ, AUCUNE RESERVATION NE SERA PRISE EN COMPTE**

## CANTINE – PÉRISCOLAIRE – ALSH 2026-2027

| ENFANT            |                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nom & Prénom      |                                                                    |
| Sexe              | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin |
| Date de naissance |                                                                    |
| Classe            |                                                                    |

### Liste des pièces **obligatoires** à joindre au dossier :

- ☐ **Attestations assurances** par enfant et à son nom :  
Responsabilité civile ☐ Individuelle Accidents ☐
- ☐ **Fiche sanitaire** dûment remplie **par enfant et à son nom + photocopie du carnet de vaccination**
- ☐ **Autorisation CDAP** (Si vous cochez la case vous autorisez le secrétariat du SMEJ à consulter directement le quotient familial sur le site CAF PRO)
- ☐ **Attestation DE PAIEMENT** ou non-paiement CAF/MSA (moins de 3 mois)
- ☐ **si pas d'attestation CAF** dernier avis d'imposition des adultes composant le foyer
- ☐ **Attestation SEPA remplie, datée et signée + RIB** **si vous souhaitez bénéficier du prélèvement automatique**

### PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

| Nom | Prénom | Lien de parenté | Portable |
|-----|--------|-----------------|----------|
|     |        |                 |          |
|     |        |                 |          |
|     |        |                 |          |

Afin d'accueillir votre enfant pendant les temps d'accueil SMEJ en toute sécurité, veuillez nous indiquer si votre enfant a des problèmes particuliers de santé, et si OUI, lesquels : (asthme, diabète, épilepsie, convulsions fébriles) ou régime alimentaire spécifique : .....

Conformément aux textes en vigueur, tout élève présentant des problèmes de santé nécessitant une prise de médicaments, ne sera accepté **qu'après la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)**. Il est recommandé aux parents de se rapprocher, dans les meilleurs délais, de la direction de l'école pour retirer l'imprimé à remplir par les soins du médecin allergologue ou de famille. La Commune se décharge de toute responsabilité en cas de fausse déclaration.

**Votre enfant a-t-il un PAI en cours ?**      ☐ OUI   ☐ NON

Si oui merci de nous le transmettre

**Percevez-vous l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ?**      ☐ OUI   ☐ NON

Si oui merci de nous transmettre l'attestation MDPH en lien avec la scolarisation de votre enfant

Le S.M.E.J. propose un soutien aux familles en facilitant l'accueil des enfants en situation de handicap.

## AUTORISATIONS

Nous soussignés, ....., responsables légaux de l'enfant, .....

- Autorisons notre enfant à être **photographié** ou **filmé** par l'équipe d'animation du SMEJ (diffusion sur le site et/ou réseau social, le magazine de la Commune, expositions photos, films réalisés dans le cadre des activités des services, animations photos)   ☐ OUI   ☐ NON
- Autorisons **la commune de Grans** à nous envoyer sa **newsletter municipale**   ☐ OUI   ☐ NON
- Autorisons le SMEJ à communiquer à la commune de Grans **notre courriel**   ☐ OUI   ☐ NON
- Autorisons notre enfant à **partir seul** du périscolaire et/ou de l'Accueil de loisirs   ☐ OUI   ☐ NON  
**Si oui merci de nous transmettre une autorisation manuscrite sur papier libre**
- Autorisons le SMEJ à **transporter** ou **faire transporter** notre(nos) enfant(s) dans le cadre des sorties en groupes (bus, navette, etc.)   ☐ OUI   ☐ NON
- Autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les dispositions nécessaires au regard de l'état de santé de notre enfant   ☐ OUI   ☐ NON

**En signant ce document, je m'engage à respecter le règlement intérieur du Service Municipal Enfance Jeunesse (consultable sur le site officiel de la ville) et à transmettre tout changement de situation (coordonnées, séparation, perte d'emploi, ...).**

Certifions exacts les renseignements ci-dessus

**Grans, le :**

**Signature(s) :**