

Accueil Péricolaire

Facturation :

Les enfants fréquentant l'accueil périscolaire en occasionnel devront systématiquement s'inscrire auprès du service PEP28 par le biais du coupon planning à disposition à la Maison France Service de Saint Lubin des Joncherets, à l'accueil périscolaire de Saint Georges Motel ou sur notre site internet : www.lespep28.org

La facture sera établie en fonction du coupon planning rempli par la famille (sauf sur présentation d'un certificat médical au nom de l'enfant sous 48h maximum en cas d'absence).

Il faut remplir et rendre le coupon planning occasionnel au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante de la venue de l'enfant et sous réserve de places disponibles. Vous pouvez annuler une date ou plusieurs sur le coupon au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante également.

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

L'Association des PEP28 vous propose un accueil périscolaire dans la limite des places disponibles.

Accueil en Occasionnel (Coupon à remplir par semaine ou à l'année)

DEMANDE D'AUTORISATIONS

Je soussigné(e) :

NOM : Prénom :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

- Autorise l'enfant à participer à toutes les activités menées dans le cadre de l'Accueil périscolaire
- Atteste que l'enfant est déclaré apte à la pratique sportive et qu'il possède une assurance scolaire
- Autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à faire hospitaliser voire opérer l'enfant en cas d'urgence
- Autorise l'envoi des factures par mail:@.....

Droit à l'image (Voir la Fiche Sanitaire)

Je soussigné(e) : déclare exact les renseignements notifiés ci-dessous et atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.

Fait à : Le |__|_| / |__|_| / |__|_|

SIGNATURE :



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ

Liste des documents à joindre :

- Dossier Unique
- Fiche sanitaire avec photo obligatoire (à faire pour les enfants entrant en PS et en CP)
- Photocopie des vaccins de votre enfant
- Photocopie de l'attestation d'assurance couvrant les activités extra-scolaires

Le dossier COMPLET sera à déposer :

- A la Maison France Services – 38, rue Charles Renard 28350 SAINT-LUBIN-DES-JONCHERETS – aux horaires d'ouvertures (Voir Plaquette)
- Par mail : secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr

A compter du 09/03/2026 et jusqu'au :

VENDREDI 26 JUIN 2026

AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE
PHOTOGRAPHIE
(Pour une personne mineure)

Je soussigné(e) : Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

NOM :

Prénom :

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

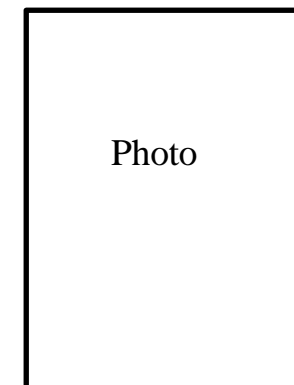
- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant(s).
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant(s) dans le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après :
site Internet des PEP28, réseaux sociaux des PEP28, plaquette de communication pour les PEP28 et autres publications diverses en rapport avec les PEP28 ou la Fédération des PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Internet de la Ville.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à :

Le :

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :



Fiche Sanitaire
SAINT GEORGES MOTEL

- Accueil Périscolaire 3-6 ans Maternel
- Accueil Périscolaire 6-12 ans Elémentaire

NOM :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de Naissance :



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 2003 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 :

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs. Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

PARENT 1 (NOM + Prénom) :

Domicile :

Portable :

Pro :

PARENT 2 (NOM + Prénom) :

Domicile :

Portable :

Pro :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom :

Téléphone :

NOM Prénom :

Téléphone :

NOM Prénom :

Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

NOM :

Prénom :

NOM :

Prénom :

NOM :

Prénom :