

Contact Service Jeunesse
4 rue du Gouverneur
02-28-12-91-22
jeunesse@ile-yeu.fr

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint les documents nécessaires pour la rentrée scolaire 2025-2026 :

- La fiche de renseignement : ce document est à remplir afin de mettre à jour notre fichier informatique.
- La fiche sanitaire accueil périscolaire : ce document est OBLIGATOIRE et restera à l'accueil périscolaire
- L'autorisation parentale accueil périscolaire : ce document est à remplir UNIQUEMENT pour les élèves du CP à la 6ème
- La fiche d'inscription à la restauration scolaire
- La fiche sanitaire restauration scolaire : ce document est OBLIGATOIRE et restera sur le lieu de restauration scolaire fréquenté par votre enfant
- La fiche d'inscription au transport scolaire pour le 1^{er} trimestre 2025-2026
- Le flash-jeunesse 2025-2026 dans lequel vous trouverez toutes les informations concernant le Service Enfance jeunesse

Pour information, les inscriptions à l'accueil périscolaire et aux mercredis des accueils de loisirs pour le mois de Septembre seront accessibles sur l'Espace Citoyen à partir du 15 Août.

***Tous les documents sont à déposer au SERVICE JEUNESSE avant le 15 Août.
Toute inscription déposée en dehors du Service Jeunesse et au-delà de cette date ne sera pas prise en compte.***

Toute l'équipe du Service Jeunesse vous souhaite un bel été et reste disponible pour toute question.

Cordialement,

Mme GUITON Florence
Directrice du Service Jeunesse



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et prénom du parent responsable :

Adresse :

N° tél fixe :

Portable :

Adresse mail (*importante*) :

Nous communiquons beaucoup par mail, il est donc important que l'adresse mail soit bien orthographiée pour recevoir toutes nos infos.

Profession :

Tél travail :

Nom et prénom du 2^{ème} parent :

N° tél fixe (si différent) :

Portable :

Profession :

Tél travail :

Adresse mail (*importante*) :

Si garde alternée, 2^{ème} adresse :

Caisse d'allocation familiale :

Générale de Vendée

MSA

Autre Département :

N° allocataire :

Quotient Familial :

Si vous refusez la consultation du service CAF PRO, veuillez nous en informer par courrier.

Personne à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable :

Nom et Prénom :

en qualité de :

N° tél fixe :

Portable :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Ecole :

Classe en Sept 2025 :

Nom de l'enseignant (e) :

Nom et adresse de l'Assurance Extra-Scolaire :

(fournir obligatoirement une copie de l'attestation d'assurance)

Si vous refusez la diffusion d'images de votre enfant dans le cadre des activités pédagogiques du Service Jeunesse, veuillez nous en informer par courrier.

Par responsabilité environnementale, vous avez la possibilité de ne plus recevoir vos factures par courrier. A tout moment, vous pouvez les consulter et les imprimer via votre Espace Citoyen.

Je souhaite adhérer à la facture-compte en ligne

Je ne souhaite pas adhérer à la facture-compte en ligne

Fait à l'Ile d'Yeu, le :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 - 2026

ACCUEIL PERISCOLAIRE



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10000*02

1 - L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

MAIL :

NUMEROS DE TELEPHONE :

1^{er} PARENT. Nom : Portable : Travail :

2^{ème} PARENT. Nom : Portable : Travail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ÊTES PAS JOIGNABLE :

NOM : TELEPHONE :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT : (la personne doit être en capacité de présenter sa carte d'identité si besoin)

1- NOM : TELEPHONE :

2- NOM : TELEPHONE :

3- NOM : TELEPHONE :

4- NOM : TELEPHONE :

5- NOM : TELEPHONE :

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance de -1 an 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.

PRECISEZ LE TRAITEMENT :

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) OUI NON (si oui, joindre le justificatif)

RÉGIME ALIMENTAIRE : VÉGÉTARIEN SANS PORC SANS SEL

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Service Jeunesse 4 rue du Gouverneur 85350 ILE D'YEU pour la mise à jour des inscriptions de l'enfant. Les données collectées seront communiquées à l'ensemble du personnel du Service Jeunesse et mises à jour chaque année. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter par mail : dpo@ile-yeu.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.

4 - VACCINATIONS

(joindre **OBLIGATOIREMENT** les photocopies du carnet de santé de l'enfant, photos interdites)

En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires : OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre un certificat médical de contre-indication.

A titre indicatif l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

MÉDECIN TRAITANT :

NOM TÉL

5- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire ?
Précisez :

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, maquillage, énurésie nocturne, difficultés de sommeil, ...) :

6 - AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.		
J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location.		
J'autorise le service jeunesse de la commune de l'Ile d'Yeu à reproduire, représenter, publier et communiquer au public (parents, famille et personnes susceptibles de venir sur la structure) les photos et images vidéos prises dans le cadre des animations de l'accueil périscolaire.		
J'autorise le service jeunesse de la commune de l'Ile d'Yeu à reproduire ses photos et ses films et à les utiliser sur leur site internet ou leur page Facebook dans un but non lucratif.		

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Merci de signer ce document après avoir porté la mention « Lu et approuvé – Bon pour accord ».

Date :

Signature :



AUTORISATION PARENTALE

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

L'accueil périscolaire à l'école du Ponant est ouvert de 16h30 à 19h.

L'équipe d'animation n'est pas responsable de votre enfant sur les temps de trajet où il vient seul et à partir du moment où il quitte la structure.

Je soussigné(e) :
représentant légal de l'enfant
en classe de : à l'école/collège :

Les CP-CE1 ne sont pas autorisés à venir seul à l'accueil périscolaire ni à quitter seul l'accueil périscolaire.

<u>POUR LES ELEVES DU CP AU CE1</u>
Dans la mesure du possible, je souhaite que mon enfant fasse ses devoirs à l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Les élèves du CE2 à la 6ème sont autorisés à venir seul à l'accueil périscolaire et à rentrer seul à leur domicile en remplissant les autorisations ci-dessous :

<u>POUR TOUS LES ELEVES DU CE2 A LA 6EME</u>
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI à 17 h00 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI à 17 h30 <input type="checkbox"/> OUI à 18 h00 <input type="checkbox"/> OUI à 18h30
Dans la mesure du possible, je souhaite que mon enfant fasse ses devoirs à l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>POUR LES ELEVES DE L'ENSEMBLE SCOLAIRE NOTRE DAME DU PORT</u>
J'autorise mon enfant à venir seul de l'Ensemble Scolaire Notre Dame du Port à l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Après les séances d'APC (activités pédagogiques complémentaires) faites à l'école, j'autorise mon enfant à venir seul de l'Ensemble Scolaire Notre Dame du Port à l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (un parent l'accompagne sur le trajet)
<u>POUR LES COLLEGIENS (Sicardières et Notre Dame du Port)</u>
J'autorise mon enfant à venir seul du collège à l'accueil périscolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Fait à l'Ile d'Yeu, le

Signature :

Inscription à déposer au SERVICE JEUNESSE avant le 15 Août accompagnée de la fiche sanitaire et de la fiche unique de renseignements.
Toute inscription déposée en dehors du Service Jeunesse et au-delà de cette date ne sera pas prise en compte.

Nom et Prénom de l'enfant :

École : Classe en Sept 2025 :

Vous avez deux possibilités : (entourez le chiffre correspondant)

1/ L'inscription annuelle (dite régulière) : elle s'adresse aux personnes qui souhaitent inscrire leur enfant régulièrement. Dans ce cas, les jours de la semaine seront toujours les mêmes durant toute l'année.

Je souhaite inscrire mon enfant pour l'année scolaire les jours suivants : (cochez les cases souhaitées)

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2/ L'inscription mensuelle (dite occasionnelle) : une feuille de pointage vous sera remise chaque mois à l'école, dans ce cas vous choisissez les jours que vous voulez.

Je souhaite recevoir la feuille tous les mois. (Cochez les cases souhaitées pour le mois de Septembre 2025)

L 01	M 02	J 04	V 05	L 08	M 09	J 11	V 12
<input type="checkbox"/>							
L 15	M 16	J 18	V 19	L 22	M 23	J 25	V 26
<input type="checkbox"/>							
L 29	M 30						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

A noter : en cas d'allergie alimentaire, un certificat médical précisant l'allergène en cause et la conduite à tenir en cas de crise devra être fourni à l'infirmière scolaire (tiphaine.glemot@ac-nantes.fr) le plus tôt possible afin de permettre la mise en place du PAI à la rentrée scolaire.

L'élève ne sera pas accepté au restaurant scolaire si le PAI alimentaire n'est pas signé par toutes les parties.

Fait à l'Ile d'Yeu, le :

Signature :

FICHE SANITAIRE 2025 – 2026

RESTAURATION SCOLAIRE

Merci de remplir obligatoirement une fiche par enfant
Elle restera sur le lieu de restauration scolaire

NOM et PRÉNOM de l'enfant :

École fréquentée : Classe :

NOM et PRÉNOM du représentant légal :

Adresse :

Téléphones : Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

NOM et PRÉNOM du 2^{ème} parent :

Téléphones : Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Garde alternée : OUI NON Si oui, 2^{ème} adresse :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables

NOM et PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE

	OUI	NON	Précisez le type d'allergie
L'enfant porte-t-il des lunettes ?			
L'enfant porte-t-il des lentilles ?			
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?			
L'enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaires ?			
Allergies alimentaires			
Allergies médicamenteuses			
Autres allergies			
Asthme			

Sous réserve de l'accord du chef cuisinier à la clôture des inscriptions, en cas de régime alimentaire, précisez :

VEGETARIEN SANS PORC SANS SEL

Projet d'Accueil Individualisé OUI NON (si Oui joindre le protocole et toutes informations utiles)

A noter : en cas d'allergie alimentaire, un certificat médical précisant l'allergène en cause et la conduite à tenir en cas de crise devra être fourni à l'infirmière scolaire (tiphaine.glemot@ac-nantes.fr) le plus tôt possible afin de permettre la mise en place du PAI à la rentrée scolaire.

L'élève ne sera pas accepté au restaurant scolaire si le PAI alimentaire n'est pas signé par toutes les parties.

Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) OUI NON (si Oui joindre le justificatif)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille, et autorise le personnel encadrant de la restauration scolaire à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation ou consultation médicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Merci de signer ce document après avoir porté la mention « Lu et approuvé – Bon pour accord ».

Date :

Signature :

Inscription à déposer au SERVICE JEUNESSE avant le 15 Août.
Toute inscription déposée en dehors du Service Jeunesse et au-delà de cette date ne sera pas prise en compte.

Je souhaite inscrire mon enfant au transport scolaire pour le 1^{er} trimestre 2025-2026 :

Nom et Prénom de l'enfant :

Adresse du domicile :

École : Classe en Sept 2025 :

- Trajet aller/retour
- Trajet aller
- Trajet retour

» Afin d'établir les trajets et les horaires, nous vous demandons de respecter la date de fin des inscriptions.

» Pour une bonne organisation, nous vous rappelons les conditions réglementaires suivantes :

- l'enfant inscrit doit être présent quelques minutes avant l'heure de départ du bus
- les enfants inscrits au transport scolaire sont sous la responsabilité de leurs parents jusqu'à la montée dans le bus et dès la descente du bus
- les enfants de maternelle doivent être accompagnés et récupérés par une personne majeure au départ et à l'arrivée du bus. Ils sont accompagnés à la sortie de l'école 16h30 par un agent du service jeunesse jusqu'à la montée dans le bus.
- les enfants du CP au CM2 à la sortie d'école à 16h30 rejoignent le bus scolaire en autonomie et ne sont pas sous la responsabilité de l'équipe du service jeunesse. Si un enfant ne se présente pas au départ du bus à 16h30 il est sous la responsabilité de ses parents. En aucun cas la responsabilité du service jeunesse ne pourra être engagée.

» Pour la réinscription de l'enfant aux trimestres suivants, vous serez avertis par mail en Décembre et en Avril.

RAPPEL TARIFS 2025/2026 (au trimestre)

	PLEIN TARIF (aller et retour)	DEMI-TARIF (aller ou retour)
1 enfant	46,50 €	27,00 €
2 enfants	85,00 €	48,00 €
3 enfants	105,00 €	57,50 €

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions générales du service « Transport Scolaire »

Fait à l'Ile d'Yeu, le :

Signature :

