



DEMANDE D'INSCRIPTION AUX DISPOSITIFS PERISCOLAIRES (dont restauration) 2026/2027

Le dossier est à renvoyer avant le 22 juillet 2026 dernier délais

- FICHE D'INSCRIPTION** dûment complétée et signée => **1 FICHE PAR FAMILLE**
- FICHE AUTORISATIONS** dûment complétée et signée => **1 FICHE PAR FAMILLE**
- FICHE RESSOURCES** dûment complétée et signée => **1 FICHE PAR FAMILLE**
- FICHE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES** dûment complétée et signée => **1 FICHE PAR FAMILLE**
- Copie du **JUSTIFICATIF DE DOMICILE** datant de moins de 3 mois
- Copie de **L'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL** datant de moins de 3 mois
- Copie de **L'ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE** pour l'année scolaire 2026/2027
- Copie des **pages des VACCINS du carnet de santé**
- Copie de la **pièce d'identité (recto/verso)** des responsables 1 et 2

En cas de séparation avec garde alternée : remplir un dossier d'inscription par parent (avec justificatifs) en stipulant l'organisation de la garde et joindre le jugement du tribunal des affaires familiales ou à défaut un courrier signé des deux parents stipulant l'organisation de la garde.

Fournir une attestation signée des deux parents, si les semaines de garde sont inversées par rapport au jugement initial.

DOSSIER COMPLET à transmettre au service Education en mairie, par courrier ou par mail

CS 105 – 38321 EYBENS CEDEX
04.76.60.76.26/04.56.58.96.15
espace-famille@eybens.fr

Tout dossier incomplet ne sera ni réceptionné, ni traité.

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP/Ville :	CP/Ville :
Tél :	Tél :
E-mail :	E-mail :

ECOLE :

BEL AIR

BOURG

RUIRES

VAL

MAISONS NEUVES

1 ^{ER} ENFANT	2 ^{ème} ENFANT	3 ^{ème} ENFANT
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
** PAUSE MERIDIENNE - RESTAURATION SCOLAIRE à compter du		
Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V
Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>
Votre enfant mange-t-il :	Votre enfant mange-t-il :	Votre enfant mange-t-il :
Avec Viande Sans porc Sans viande	Avec Viande Sans porc Sans viande	Avec Viande Sans porc Sans viande
ACCUEIL PERISCOLAIRES à compter du		
Accueil du MATIN (à partir de 7h35) :	Accueil du MATIN (à partir de 7h35) :	Accueil du MATIN (à partir de 7h35) :
Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V
Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>
Accueil du SOIR 1 (jusqu'à 17h15) :	Accueil du SOIR 1 (jusqu'à 17h15) :	Accueil du SOIR 1 (jusqu'à 17h15) :
Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V
Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>
Accueil du SOIR 2 (jusqu'à 18h) :	Accueil du SOIR 2 (jusqu'à 18h) :	Accueil du SOIR 2 (jusqu'à 18h) :
Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V	Régulier <i>(Merci de cocher les jours souhaités)</i> L M J V
Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>	Ou *Occasionnel <i>(Merci de ne pas cocher de jours)</i>

*** OCCASIONNEL** : la famille doit procéder à la réservation des jours de fréquentation via le kiosque famille, par téléphone ou par mail dans les délais fixés par le règlement en vigueur.

**** PAUSE MERIDIENNE** : les familles doivent fournir une serviette en tissu au nom de l'enfant.

Pour toutes modifications, vous pouvez nous joindre soit par téléphone au service éducation au **04.76.60.76.26/04.56.58.96.15**, soit sur le kiosque famille <https://portail-eybens.ciril.net/>, soit en nous envoyant un mail ou en vous présentant directement en mairie tous les matins (sans RDV) l'avant-veille, soit **48 heures avant la prestation** (ex : le **jeudi avant 9h** pour le lundi).

Je soussigné(e) Mme ou M Représentant légal du/des enfants cité(s) :

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur périscolaire, disponible sur le kiosque famille ou à l'accueil du service éducation.

Date :

Signature **obligatoire** du représentant légal :



AUTORISATIONS 2026/2027

Je soussigné(e) Mme ou Mr, représentant Légal du ou des enfants cités ci-dessous :

1er ENFANT	2ème ENFANT	3ème ENFANT
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
→ Autorise mon (mes) enfant(s) à sortir seul du temps d'accueil périscolaire du soir :		
Oui Non	Oui Non	Oui Non
→ J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon (mes) enfant(s) :		
Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone
→ J'autorise la prise d'images (photos et vidéos) dans le cadre des activités périscolaires et leur usage dans les supports de communication de la ville (réseaux sociaux, journal municipal, site internet de la ville).		
Oui Non	Oui Non	Oui Non
→ J'autorise le service éducation à communiquer via l'adresse mail indiquée dans le dossier d'inscription ainsi que par sms (grèves, fermetures exceptionnelles des dispositifs...)		
Oui Non		

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :



RESSOURCES 2026/2027

Je soussigné(e) :

Pour le ou les enfants :

Atteste que :

Je **suis** allocataire de la **CAF 38**. J'**autorise** la consultation et l'utilisation des données de mon dossier sur « Le compte Partenaire CAF » par le service éducation. Je n'ai pas de justificatif de revenus à fournir. **N° allocataire :**

Je **suis** allocataire de la **CAF 38**. Je **n'autorise pas** l'accès de mon dossier sur « Le compte Partenaire Caf ». Je fournis mon quotient familial CAF à jour afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Je **suis** allocataire de la **MSA**, je fournis mon quotient familial MSA à jour afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Je **ne suis pas** allocataire de la **CAF 38** ou de la **MSA**. Je fournis mon dernier avis d'imposition ou de non-imposition de l'année 2025 sur les revenus 2024 afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Je **ne souhaite pas** fournir de justificatifs de revenus, le tarif maximum me sera appliqué.

Au vu de ma situation, j'autorise le service éducation à prendre en compte mes ressources et à mettre à jour le tarif des dispositifs périscolaires, en fonction de mon quotient familial (si applicable) et de mon lieu d'habitation.

En l'absence de ces éléments, le tarif maximum sera appliqué. Toute modification ne pourra être prise en compte qu'à réception des justificatifs et uniquement sur les factures non émises.

NB : La mise à jour des ressources des dossiers des familles sera effectuée en janvier/février de l'année suivante. Les quotients familiaux devront être fournis au service éducation ou à défaut votre dernier avis d'imposition de l'année 2026 sur les revenus 2025.

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES 2026/2027

Je soussigné(e) Mme ou Mr, représentant Légal du ou des enfants cités ci-dessous :

1er ENFANT	2ème ENFANT	3ème ENFANT
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
→ Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? <i>Si oui, merci de nous transmettre le document</i>		
Oui Non	Oui Non	Oui Non
→ Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? <i>Si oui, merci de nous transmettre le document</i> <i>(Votre enfant est atteint d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période nécessitant des aménagements dans sa vie quotidienne et/ou un traitement en périscolaire sur l'année : allergie alimentaire, asthme...)</i>		
Oui Non	Oui Non	Oui Non
→ J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs Périscolaire à confier mon enfant aux services d'urgences du CHU de Grenoble en cas de besoin :		
Oui Non	Oui Non	Oui Non
→ Autres allergies (Hors PAI) :		
.....
→ Recommandations utiles des parents : <i>(Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, etc...)</i>		
.....
.....

Médecin traitant Nom : Téléphone :

Votre enfant doit obligatoirement être vacciné pour les maladies suivantes : DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) + **rappel l'année des 6 ans**, ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), Pneumocoque, Méningocoque C, Hépatite B

Je déclare exacts les renseignements donnés sur la santé de mon enfant

Date :

Signature **obligatoire** du représentant légal :