

DOSSIER ADMINISTRATIF

Service Enfance Jeunesse et Scolaire

2026 - 2027

A déposer à la Maison du Cotentin pour le 1er juin 2026



**Ne fournir qu'un seul dossier administratif par enfant pour l'ensemble des services :
RESTAURATION SCOLAIRE, GARDERIE, ACCUEIL DE LOISIRS et TICKETS SPORTS**

Valable du 06/07/2026 au 02/07/2027

VOTRE ENFANT

NOM : **Prénom** : + 6 ANS - 6 ANS

Sexe : Féminin Masculin **Né(e) le** : à :

Etablissement fréquenté : (1) Groupe scolaire A. Lefiliâtre de Montebourg
 Ecole Maternelle de Montebourg Collège Tiphaigne de la Roche
 Autres, Précisez :

Classe (à la rentrée 2026) :

CADRE RESERVE AUX ENFANTS SCOLARISES DANS LES ECOLES PUBLIQUES DU TERRITOIRE

Pour des raisons d'organisation et de sécurité, veuillez nous préciser si votre enfant sera inscrit aux services suivants (1) :

- **RESTAURATION SCOLAIRE** Oui Non

L'inscription est à effectuer **OBLIGATOIREMENT EN LIGNE** sur le [portail familles](#) avec vos identifiants de connexion sur : www.enfance-jeunesse-montebourg.fr ATTENTION pas d'inscription papier.

- **TRANSPORT SCOLAIRE** Oui Non

L'inscription est à effectuer **OBLIGATOIREMENT EN LIGNE** sur www.capcotentin.fr
ATTENTION pas d'inscription papier.

INSCRIPTION GARDERIE PERISCOLAIRE


Je souhaite inscrire mon enfant :

- Oui (si oui joindre à ce dossier vos attestations employeur obligatoires)
 Non

Si OUI mon enfant participera à l'aide aux devoirs proposée le soir : Oui Non

(1) cocher la ou les cases correspondantes

(2) Il est impératif que vous soyez joignable en cas de problème lorsque votre enfant est sous notre responsabilité

(3) Adresse Mail obligatoire pour toute connexion au portail familles (inscriptions et paiements) 

REPRESENTANTS LEGAUX

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse mail obligatoire (3):

 (2)

 :

 Professionnel :

Profession – Employeur

N° sécurité sociale :

Situation de famille :

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage

Célibataire Veuf (ve)

Divorcé(e)/Séparé(e)

Garde alternée Oui Non

Si oui

semaines paires

semaines impaires

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse mail obligatoire (3):

 (2) :

 :

 Professionnel :

Profession – Employeur

N° sécurité sociale :

Situation de famille :

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage

Célibataire Veuf (ve)

Divorcé(e)/Séparé(e)

Garde alternée Oui Non

Si oui

semaines paires

semaines impaires

PRESTATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

Régime : CAF MSA Autres :

N° d'allocataire : Quotient familial* :

*Attention, vous devez nous fournir obligatoirement une attestation de quotient familial (disponible auprès de la CAF/MSA), afin de bénéficier de tarif préférentiel et dans les cas suivants :

- ✓ Pour l'inscription à l'ALSH.
- ✓ Pour l'inscription aux Tickets Sports si votre quotient est inférieur ou égal à 620.

FRERES ET SŒURS scolarisés sur le canton de Montebourg

NOM	PRENOM	Classe	Etablissement et services fréquentés (1)			
			Collège Tiphaigne de la Roche	Groupe scolaire A. Lefiliâtre	Ecole Maternelle Publique	RPI de Quinéville

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : FICHE SANITAIRE

Médecin traitant : Téléphone :

Groupe Sanguin :

- L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non

- L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non si oui Lequel ?

- Un PAI (protocole d'accueil individualisé) a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ? Oui Non
si oui, fournir une copie, faute de quoi aucun traitement ne sera administré

Joindre éventuellement une photocopie du carnet de santé (vaccins)

<u>Vaccination</u>	<u>Dernier rappel</u>	<u>Maladies</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
BCG/...../.....	Angine		
Hépatite B/...../.....	Coqueluche		
ROR/...../.....	Oreillons		
Tétracoq/...../.....	Rhumatisme articulaire		
Dt Polio/...../.....	Rougeole		
Diphthérie/...../.....	Rubéole		
Polyomélite/...../.....	Scarlatine		
Tétanos/...../.....	Varicelle		
Autres (précisez)/...../.....	Autre (précisez)		

Recommandations des parents :

Indiquer les difficultés de santé rencontrées (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates et précautions à prendre.

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

Allergies :

Médicamenteuses : Oui Non Si oui Lesquelles ?

.....
Alimentaires : Oui Non Si oui Lesquelles ?

.....
Autres : Asthme : Oui Non

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si les responsables légaux ne sont pas joignables)

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone



AUTORISATIONS

J'autorise les personnes ci-dessous à reprendre mon enfant :

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Attention toutes les personnes non mentionnées ne seront pas autorisées à reprendre l'enfant

J'autorise le Pôle de proximité de Montebourg à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre du temps périscolaire et extrascolaire, publier ces images dans divers supports médiatiques et les utiliser dans sa communication :

Oui Non

J'autorise mon enfant à partir seul après les activités et je décharge le service enfance jeunesse et scolaire du pôle de proximité de Montebourg de toute responsabilité. (Attention pas de départ seul du service garderie)

Tickets Sports : Oui Non

ALSH : Oui Non

ATTESTATIONS

- J'atteste qu'il ne présente aucune incompatibilité avec la pratique d'activités physiques et sportives.
- J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile pour l'année scolaire 2026/2027.
- Je m'engage à informer le pôle de proximité de Montebourg de tout changement de situation.
- J'autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures rendues nécessaires pour régler tout problème urgent de santé et de sécurité de mon enfant (traitement médical, hospitalisation...).

Je soussigné(e)responsable légal(e) certifie avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et fermeture des différentes structures, des différents règlements intérieurs, des conditions d'inscriptions et m'engage à les respecter.

Le

Le(s) Représentant(s) Légal (aux)

Signature(s)