



DOSSIER D'INSCRIPTION

AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES

ALSH DES MERCREDIS – ALAE – RESTAURATION SCOLAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : fille garçon

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Etablissement Scolaire Fréquenté :

Classe :

Professeur des Ecoles :

L'inscription sera étudiée en fonction des places disponibles.

Liste des pièces à fournir obligatoirement (1 dossier par enfant)

- 1 - Dossier d'inscription pré rempli (**à corriger, compléter et signer**);
- 2 - Attestation d'assurance Responsabilité Civile et Garantie Individuelle Accident (**à remettre au plus tard le 11 Septembre 2021**);
- 3 - Copie du carnet de santé de l'enfant avec les vaccins à jour ;
- 4 - Tout document justifiant d'une situation particulière (garde de l'enfant, PAI...);
- 5 - Planning d'inscription :
 - ☞ mensuel de l'**ALAE du matin et/ou du soir** (sauf pour les enfants inscrits régulièrement à l'ALAE et dont les parents /représentants ont opté pour le mode de paiement par prélèvement automatique).
 - ☞ mensuel de la **Restauration Scolaire** (sauf pour les enfants inscrits régulièrement à la cantine et dont les parents /représentants ont opté pour le mode de paiement par prélèvement automatique).
 - ☞ inter vacances pour l'**ALSH des Mercredis** (sauf pour les enfants inscrits à l'année à l'ALSH - pour un MEME TYPE D'ACCUEIL - et dont les parents /représentants ont opté pour le mode de paiement par prélèvement automatique).
- 6 - Mandat Prélèvement SEPA + RIB



Le dossier complet devra être remis en main propre :

- ☞ Auprès du Responsable de chaque site **AU PLUS TARD LE 18 JUIN 2021**.
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **AU PLUS TARD LE 05 JUILLET 2021**.
- ☞ Au secrétariat de la Mairie de Latour de France, ***UNIQUEMENT POUR LES ELEVES FREQUENTANT L'ECOLE DE LATOUR DE FRANCE, AU PLUS TARD LE 05 JUILLET 2021***.

Tout dossier incomplet sera retourné et l'enfant ne pourra être accueilli.

Un courrier ou un mail de confirmation vous sera envoyé.

I - FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

Enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 - VACCINATIONS

Seules la copie du carnet de vaccination ou une attestation d'un médecin peuvent justifier de la vaccination de votre enfant. **Il est donc obligatoire de fournir un de ces deux documents avec ce dossier.**

- Pour un enfant **né avant le 1 janvier 2018** - **3 vaccins obligatoires**
- Pour un enfant **né à partir du 1 janvier 2018** - **11 vaccins obligatoires**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)**.

SI LE MINEUR A DES PROBLEMES DE SANTE (ALLERGIES ALIMENTAIRES, ASTHME ...) QUI NECESSITENT DES TRAITEMENTS PARTICULIERS, LA FAMILLE DOIT FAIRE UNE DEMANDE DE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.) AUPRES DE L'ECOLE.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?**

oui

non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

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

5 - RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom :.....

Prénom :.....

Tél Domicile :.....

Tél Portable :.....

Tél Travail :.....

Nom et Tél du Médecin Traitant (facultatif) :.....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) (Obligatoire) :.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas, échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :

II MODALITÉ D'ENTRETIEN ET DE SAISINE AVEC HAND'AVANT 66

Tous les responsables légaux ayant coché les cases signalées en gris ci-dessous, devront bénéficier d'une rencontre du service Hand'avant 66 et d'une proposition d'accompagnement de l'accueil selon leurs convenances.

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les élémentsClasse

École Maternelle École Élémentaire Collège Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution **L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ?** cocher la case correspondante.

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser.....

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AAEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire**PIÈCES A JOINDRE**

Si PAI : Document de **Projet d'Accueil Individualisé** qui précise ses besoins thérapeutiques

Les justificatifs ci-dessous peuvent faciliter pour la structure l'octroi du Bonus « inclusion handicap » de la CAF des P.O..

Si suivi complémentaire : Justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATT, Hôpital de jour).

Si PPS : Notification CDAPH - Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP)

Si AEEH : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AAEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)

III - FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS**A - FOYER DE L'ENFANT**

Parent ou Représentant(e) 1	Parent ou Représentant(e) 2
Autorité parentale sur l'enfant ci-dessus <input type="checkbox"/>	Autorité parentale sur l'enfant ci-dessus <input type="checkbox"/>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Situation familiale (*)	Situation familiale (*)
Adresse	Adresse
.....
Tél. fixe	Tél. fixe
Tél. portable	Tél. portable
Courriel	Courriel
Profession	Profession
Nom employeur	Nom employeur
Tél. travail	Tél. travail

B - RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES

Nom du Représentant :
Régime allocataire :
<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
N° allocataire :
Quotient Familial : €
(Pour la MSA, merci de fournir l'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL établie par cet organisme)
En cas de séparation, adresse où réside l'enfant :
.....
Garde alternée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Précisions à apporter :

(*) célibataire, concubin(e), marié(e), pacsé(e), vie maritale, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve

C - ENTOURAGE FAMILIAL**☞ LISTE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU DANS L'IMPOSSIBILITE DE JOINDRE LES PARENTS :**

Nom et prénom : Adresse Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel :	Nom et prénom : Adresse Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel :
Nom et prénom : Adresse Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel :	Nom et prénom : Adresse Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel :

IV - FICHE D'INSCRIPTION – DE DECLARATIONS et D'AUTORISATIONS

Les renseignements précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires

Nous, soussignés,

*Monsieur,

*Madame,

Responsables légaux de *l'enfant :

☞ désirons l'inscrire aux services périscolaires de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pour l'année scolaire 2021-2022:

*Accueil de Loisirs Sans Hébergement des Mercredis (ALSH)

*Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole (ALAE) (de 7h30 – ouverture des classes et/ou de la fermeture des classes -18h30)

*Restauration Scolaire

L'INSCRIPTION VAUT POUR TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE.

☞ nous engageons à **respecter et faire respecter le Règlement Intérieur** des Accueils Périscolaires de la Communauté de Communes.

☞ déclarons avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident couvrant les temps périscolaires : *OUI *NON

Cette assurance est obligatoire. L'inscription ne sera pas validée en cas de réponse négative.

☞ déclarons autoriser la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes ou tout autre photographe professionnel missionné par la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes à photographier, à filmer mon enfant et à reproduire ces images dans le cadre d'une utilisation pédagogique par les accueils périscolaires de la Communauté de Communes, pour l'année scolaire 2021-2022 : *OUI *NON

NB : pour toute autre utilisation, une autorisation expresse au cas par cas sera demandée aux responsables légaux

Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes – 14 rue de Lesquerde – 66220 SAINT-PAUL-DE-FENOUILLET

Tél : 04.68.59.20.13 contact@cc-aglyfenouilledes.fr

Horaires d'ouverture au public : du lundi au jeudi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h30

Le vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 16h

☞ autorisons notre enfant à **partir seul le soir** :

❖ à la fin de l'ALAE du Soir : àh.....

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

❖ à la fin de l'ALSH des Mercredis : à.....h.....

Seuls les élèves des classes élémentaires sont autorisés à rentrer de façon autonome !

LE REGLEMENT DES FACTURES ANTERIEURES EST OBLIGATOIRE AVANT TOUTE INSCRIPTION. AUCUNE ADMISSION N'EST POSSIBLE EN CAS DE DETTES.

☞ Nous certifions sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à....., le.....

« lu et approuvé »
A écrire de manière manuscrite
PARENT OU REPRESENTANT(E) 1

Signature :

« lu et approuvé »
A écrire de manière manuscrite
PARENT OU REPRESENTANT(E) 2

Signature :

« lu et approuvé »
A écrire de manière manuscrite
LA PERSONNE PAYEUSE
(obligatoire)

Signature :

CONTRAT DE RESERVATION PERMANENT « ANNUEL »
PRELEVEMENT AUTOMATIQUE UNIQUEMENT
RESTAURANT SCOLAIRE – ALAE ET ALSH 2021-2022

A remplir **uniquement** dans le cas où votre enfant fréquentera régulièrement et toute l'année le **Restaurant Scolaire**, l'**ALAE** **et/ou** l'**ASLH** et que vous optez pour le Paiement par Prélèvement Automatique.

Nom et Prénom de l'enfant :

Né le :

Réservation à compter du : / /

Votre enfant fréquentera de façon permanente, toute l'année (Merci de cocher les cases concernées) :

1- L'ALAE

- LUNDI MATIN MARDI MATIN JEUDI MATIN VENDREDI MATIN
 LUNDI SOIR MARDI SOIR JEUDI SOIR VENDREDI SOIR

2- LE RESTAURANT SCOLAIRE :

- LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

3- L'ALSH DES MERCREDIS :

- MATIN **SANS** REPAS MATIN **AVEC** REPAS
 APRES-MIDI **SANS** REPAS APRES-MIDI **AVEC** REPAS
 TOUTE LA JOURNEE SELON FICHES INTER-VACANCES

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :

- Souhaitez-vous la mise en place du prélèvement automatique (joindre un RIB et compléter le **mandat de prélèvement SEPA(*)**)
 OUI NON
- Ou le maintien de prélèvement automatique mis en place précédemment (joindre un RIB pour vérifier la validité des données bancaires)
 OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal / représentant de l'enfant susnommé, l'inscris pour les périodes cochées ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, et m'engage à le respecter.

Fait à..... Le.....

Signature:

(*) page suivante

