



DOSSIER D'INSCRIPTION

AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES

NAP – ALSH DES MERCREDIS APRES-MIDI – ALAE – RESTAURATION SCOLAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : féminin masculin

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 15 Septembre 2016**);
- 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) Certificat médical pour les activités sportives dans le cadre des NAP
- 6) Planning d'inscription :
 - ☞ mensuel de l'**ALAE du matin et/ou du soir**
 - ☞ mensuel de la **Cantine (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 après-midi**
 - ☞ Annuel pour les **NAP**
- 7) Mandat Prélèvement SEPA + RIB



Le dossier complet devra être remis en main propre :

- ☞ Après du Responsable de chaque site **AU PLUS TARD LE 30 JUIN 2016.**
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **EXCEPTIONNELLEMENT, AU PLUS TARD LE 12 AOUT 2016.**
- ☞ Au secrétariat de la Mairie de Latour de France, **UNIQUEMENT POUR LES ELEVES FREQUENTANT L'ECOLE DE LATOUR DE FRANCE, AU PLUS TARD LE 29 JUILLET 2016.**

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 2016

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 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluches	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

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.

2 - 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 ?**

ouinon

.....

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					

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....

.....

.....

4 - 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- FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS**A- FOYER DE L'ENFANT** Parent1 Parent2 Autre (à préciser)

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.....
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

Parent ou Représentant(e) 1	Parent ou Représentant(e) 2
Situation familiale (*).....	Situation familiale (*).....
Régime allocataire :	Régime allocataire :
<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
N° allocataire	N° allocataire
Quotient Familial	Quotient Familial
<i>(Pour la MSA, merci de fournir l'attestation de quotient familial fournie par cet organisme)</i>	<i>(Pour la MSA, merci de fournir l'attestation de quotient familial fournie par cet organisme)</i>
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 :.....

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

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

Nous, soussignons :

*Monsieur,

*Madame,

Responsables légaux de *l'enfant :

☞ désirons l'inscrire aux services périscolaires de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pour l'année scolaire 2016-2017 :

*Nouvelles Activités Périscolaires (N.A.P.)

*Accueil de Loisirs Sans Hébergement des Mercredis après-midi (ALSH)

*Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole (ALAE) (de 7h30 – ouverture des classes et/ou de 17h00-18h30)

*Restauration Scolaire

L'INSCRIPTION VAUT POUR TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE.

☞ nous engageons à **respecter et faire respecter le Règlement Intérieur** des Accueils de Loisirs 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 sur tout support d'informations et de communication géré par la Communauté de Communes, pour l'année scolaire 2016-2017 : *OUI *NON

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

❖ à la fin des NAP(*) (**cas des enfants non-inscrits à l'ALAE du Soir**) :

(*) **les jours des NAP ne sont pas les mêmes pour tous les sites**

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

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

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

❖ à la fin de l'ALSH des Mercredis après-midi : à.....**h**.....

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

LA DEMANDE D'INSCRIPTION NE SERA PRISE EN COMPTE QUE SI LA FAMILLE EST A JOUR DE TOUS LES REGLEMENTS.

☞ 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 2016-2017**

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

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____

Professeur des écoles : _____

Réservation à compter du : / /

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

LE RESTAURANT SCOLAIRE :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

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 cité ci-dessus, 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



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes à envoyer des instructions à votre banque pour débiteur votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.

Débiteur

Référence unique du mandat :

Votre Nom et Prénom :

Votre Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Créancier

Identifiant créancier SEPA : **FR38ZZZ611105**

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

IBAN – Numéro d'identification international du compte bancaire :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC – Code international d'identification de votre banque:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de Paiement : **Récurrent**

Fait à :

Le :

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

