



# 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 2017**);
- 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 (**ne sont pas concernés les enfants inscrits aux NAP en 2016-2017 et qui étaient en élémentaire (CP au CM2), le certificat médical ayant une durée de validité de 3 ans**)
- 6 - 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 **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 2017.**
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **EXCEPTIONNELLEMENT, AU PLUS TARD LE 11 AOUT 2017.**
- ☞ Au secrétariat de la Mairie de Latour de France, **UNIQUEMENT POUR LES ELEVES FREQUENTANT L'ECOLE DE LATOUR DE FRANCE, AU PLUS TARD LE 28 JUILLET 2017.**

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

**Un courrier ou un mail de confirmation vous sera envoyé.**



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 diurne :

.....

.....

.....

### **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, 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 2017-2018 :

\*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 2017-2018 :     \*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 DANS SES PAIEMENTS.**

☞ 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 :**







