



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 dûment complété et signé.
- 2 - Attestation d'assurance Responsabilité Civile et Garantie Individuelle Accident (**à remettre au plus tard le 13 Septembre 2019**);
- 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 :

- ☞ Après du Responsable de chaque site **AU PLUS TARD LE 28 JUIN 2019.**
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **AU PLUS TARD LE 05 JUILLET 2019.**
- ☞ 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 2019.***

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 2019

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 ?**

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			

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.....
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 :.....	Nom et prénom :.....
Adresse.....	Adresse.....
.....
.....
Tél. fixe :	Tél. fixe :
Tél. portable :.....	Tél. portable :
Tél. professionnel :.....	Tél. professionnel :.....
Nom et prénom :.....	Nom et prénom :.....
Adresse.....	Adresse.....
.....
.....
Tél. fixe :	Tél. fixe :
Tél. portable :.....	Tél. portable :
Tél. professionnel :.....	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 2019-2020:

*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 sur tout support d'informations et de communication géré par la Communauté de Communes, pour l'année scolaire 2019-2020 : *OUI *NON

☞ 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 2019-2020

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

Nom et prénom de l'enfant : _____

Né(e) 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



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 débiter 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

Créancier

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR38ZZZ611105**

Votre Nom et Prénom :

**REGIE SCE REST. SCOL-ACTION SOCIALE
COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES
14, RUE DE LESQUERDE
66220 SAINT-PAUL-DE-FENOUILLET**

Votre Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

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.

