

## ENFANT A INSCRIRE

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... /..... /..... à .....

Garçon

Fille

Classe : ..... Père : ..... Mère : .....

Ecole : .....



### DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES : ALP (Accueil de Loisirs Périscolaire) - ALP DES MERCREDIS - RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire : 2024-2025

N° Allocataire CAF : .....

N° Allocataire MSA : .....

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul :  OUI  NON

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE ET  
L'ENFANT NE POURRA ETRE ACCUEILLI.  
UN COURRIER OU UN MAIL DE CONFIRMATION VOUS  
SERA ENVOYE**

Vous pouvez autoriser une ou plusieurs personnes à venir chercher votre enfant.

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

## PARENTS OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT

**RESPONSABLE LEGAL 1** (Père      Mère      Autre.....)

**JOINDRE L'ATTESTATION  
D'ASSURANCE**

Assurance : .....

N° adhérent : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : .....Téléphone travail :.....

Courriel : .....@.....

Situation familiale :

Célibataire      Marié(e)s      Divorcé(e)s      Veuf (ve)      Concubinage

**RESPONSABLE LEGAL 2 (Père      Mère      Autre.....)**

Nom : .....Prénom :.....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....Commune :.....

Téléphone domicile : .....Téléphone travail :.....

Courriel : .....@.....

**En cas de séparation, adresse où réside l'enfant :.....**

.....

**Garde alternée :**      OUI      NON

**Précisions à apporter :** .....

## FICHE SANITAIRE

### VACCINATIONS

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

**Pour être accueilli, votre enfant doit être à jour de ses vaccinations !**

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?**

Asthme    Médicamenteuse     Alimentaire    Autre

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.**

**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 |            |  |     |

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des appareils dentaires etc. ?

**Médecin traitant :** .....

**MODALITES D'ENTRETIEN ET DE SAISINE AVEC HAND'AVANT 66**

**SCOLARISATION** cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

École Maternelle       École Élémentaire       Collège

**Classe** [ ]

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

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, PDI, 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)

**FICHE D'INSCRIPTION – DE DECLARATIONS ET D'AUTORISATIONS**

Je, soussigné(e), .....

Responsable légal(e) de l'enfant : .....

☞ **désire** l'inscrire aux services périscolaires de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pour l'année scolaire 2024-2025:

\*Accueil de Loisirs Périscolaire des Mercredis (ALP-m)

\*Accueil de Loisirs Périscolaires (ALP) **(de 7h30 – ouverture des classes et/ou de la fermeture des classes -18h30)**

\*Restauration Scolaire

☞ **certifie** sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier d'inscription et fiche sanitaire ;

☞ **m'engage** à signaler tout changement de situation (n° de téléphone, adresse, mode de garde...)

☞ **reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire ;

☞ **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 mon enfant et suivant les prescriptions du médecin consulté ;

☞ **autorise / n'autorise pas** 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 2024-2025.

Fait à : , le ...../ ..... / .....

**Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »**

**AUCUNE ADMISSION N'EST POSSIBLE EN CAS DE DETTES. TOUTE FACTURE ANTERIEURE DOIT ETRE SOLDEE.**

# !!!PRELEVEMENT AUTOMATIQUE UNIQUEMENT !!!

## CONTRAT DE RESERVATION PERMANENT « ANNUEL » RESTAURANT SCOLAIRE – ALP/ALP-mercredis 2024-2025

A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LE CAS OU VOTRE ENFANT FREQUENTERA REGULIEREMENT ET TOUTE L'ANNEE LE RESTAURANT SCOLAIRE, L'ALP ET/OU L'ALP-M ET QUE VOUS OPTEZ POUR LE PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE.

**Réservation à compter du :** ..... / ..... / .....

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

**1- L'ALP**

- 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'ALP 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'inscrit pour les périodes cochées ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, et m'engage à le respecter.

Fait à..... Le.....

Signature:



### 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**

Référence unique du mandat :.....  
Votre Nom et Prénom :.....  
Votre Adresse :.....  
Code Postal :.....  
Ville :.....  
Pays :.....

**Créancier**

Identifiant créancier SEPA : **FR38ZZZ611105**

**REGIE SCE REST. SCOL-ACTION SOCIALE  
COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES  
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 :

Signature :

Le :

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.

Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et Règlement Général sur la Protection des données du 25 mai 2018. Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique et papier dans le cadre de la gestion des inscriptions aux activités périscolaires et centre de loisirs. La base légale du traitement est une mission d'intérêt public et votre consentement (article 6 du Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) du 25 mai 2018). Les destinataires des données sont la Communauté de communes Agly-Fenouillèdes - service enfant jeunesse - Centre de loisirs. La Communauté de communes Agly-Fenouillèdes vous informe également que conformément à la réglementation générale sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, rétractation des données vous concernant en contactant le délégué à la protection des données de la communauté de communes Agly-Fenouillèdes par courrier à l'adresse suivante : 14 Rue de Lesquerde - 66220 Saint-Paul-de-Fenouillet ou par mail à : [contact@cc-aglyfenouilledes.fr](mailto:contact@cc-aglyfenouilledes.fr) En l'absence de réponse vous pouvez faire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr), autorité de contrôle en France à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.