



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

### DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES AGLY-FENOUILLEDES

#### ALP (Accueil de Loisirs Périscolaire) - ALP DES MERCREDIS - 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 2023**);
- 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, Besoins particuliers : cf page 5 du dossier ...)

**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, PDPC, CMP, CMPP, CATTP, 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'AEEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)

- 5 - Planning d'inscription mensuel (*sauf pour les enfants inscrits régulièrement à l'ALP et ou la restauration scolaire et dont les parents /représentants ont opté pour le mode de paiement par prélèvement automatique*) :

- ☞ de l'**ALP (Accueil de Loisirs Périscolaire) du matin et/ou du soir**
- ☞ de la **Restauration Scolaire**
- ☞ de l'**ALP des Mercredis**

- 6 - Mandat Prélèvement SEPA + RIB



### Le dossier complet devra être remis en main propre :

- ☞ Après du Responsable de chaque site **AU PLUS TARD LE 23 JUIN 2023.**
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **AU PLUS TARD LE 07 JUILLET 2023.**
- ☞ Au secrétariat de la Mairie de Latour de France, ***UNIQUEMENT POUR LES ELEVES FREQUENTANT L'ECOLE DE LATOUR DE FRANCE, AU PLUS TARD LE 07 JUILLET 2023.***

**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 2023**

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.....
Date de Naissance (1) : ...../...../.....	Date de Naissance (1) : ...../...../.....
Situation familiale (2).....	Situation familiale (2).....
Adresse..... ..... .....	Adresse..... ..... .....
Tél. fixe.....	Tél. fixe.....
Tél. portable.....	Tél. portable.....
Courriel.....	Courriel.....
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 : .....€
<b>(Pour la MSA, merci de fournir l'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL établie par cet organisme)</b>
En cas de séparation, adresse où réside l'enfant : .....
.....
Garde alternée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Précisions à apporter : .....

**(1)** La date de naissance est utilisée en cas de relance DGFIP pour éviter tout risque d'homonymie

**(2)** 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 :***L'adresse des contacts est obligatoirement complétée*

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 2022-2023:

\*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

**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 2023-2024 :     \*OUI     \*NON

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



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

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

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

❖ à la fin de l'ALP 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 – ALP/ALP-m 2023-2024**

A remplir **uniquement** dans le cas où votre enfant fréquentera régulièrement et toute l'année le **Restaurant Scolaire, l'ALP et/ou l'ALP-m** 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'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:

**(\*) page suivante**



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.