



# 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 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 2020**);
- 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 :**

- ☞ Auprès du Responsable de chaque site **AU PLUS TARD LE 26 JUIN 2020.**
- ☞ Au secrétariat de la Communauté de Communes Agly-Fenouillèdes pendant les jours et heures habituels d'ouverture, **AU PLUS TARD LE 03 JUILLET 2020.**
- ☞ Au secrétariat de la Mairie de Latour de France, ***UNIQUEMENT POUR LES ELEVES FREQUENTANT L'ECOLE DE LATOUR DE FRANCE, AU PLUS TARD LE 03 JUILLET 2020.***

**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 2020**Enfant : «**Nom\_prénom\_de\_linscrit**»

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)**ENFANTS NES AVANT LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018**

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.

**ENFANTS NES A PARTIR DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Méningocoque C			
Tétanos				Pneumocoque			
Poliomyélite				Rubéole			
Coqueluche				Oreillons			
Haemophilus Influenzae B				Rougeole			
Hépatite B				Vaccin recommandé : 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 nocturne :

.....

.....

.....

**4 - RESPONSABLE DU MINEUR :**

Nom : .....

Prénom : .....

Tél Domicile : .....

Tél Portable : .....

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

Tél : 04.68.59.20.13 Fax : 04.68.59.20.12. [contact@cc-aglyfenouilledes.fr](mailto:contact@cc-aglyfenouilledes.fr)

**Horaires d'ouverture au public : du lundi au jeudi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h30**

**Le vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 16h30**

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**

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 : ..... €
<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 : .....

(\*) 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 :**

<p>Nom et prénom :.....</p> <p>Adresse .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : .....</p> <p>Tél. portable :.....</p> <p>Tél. professionnel :.....</p>	<p>Nom et prénom :.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : .....</p> <p>Tél. portable : .....</p> <p>Tél. professionnel :.....</p>
<p>Nom et prénom :.....</p> <p>Adresse .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : .....</p> <p>Tél. portable :.....</p> <p>Tél. professionnel :.....</p>	<p>Nom et prénom :.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. fixe : .....</p> <p>Tél. portable : .....</p> <p>Tél. professionnel :.....</p>

**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 2020-2021:

\*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 2020-2021 :     \*OUI     \*NON



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

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

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 2020-2021**

A remplir **uniquement** dans le cas où votre enfant fréquentera régulièrement et toute l'année le **Restaurant Scolaire**, l'**ALAE** **et/ou** l'**ASLH** 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'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**



