

DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Dossier à compléter pour chaque enfant :

- o Fiche de renseignements (doc. 1)
- o Fiche sanitaire de liaison (doc. 2)
- o Fiche inscription à l'aide aux devoirs (doc. 3)
- o Dossier de calcul du quotient familial - 3 tranches de paiement (doc. 4)

En l'absence de ce dossier, le tarif maximum sera appliqué. Un seul dossier est à fournir par fratrie.

Documents à fournir pour chaque enfant :

- o Attestation de connaissance du règlement intérieur dûment signée et complétée (doc. 5)
- o Photocopie des pages des vaccins (carnet de santé)
- o 1 photo d'identité
- o Dernier avis d'imposition complet du foyer ou de chacun des représentants (si non fourni tarif maximum appliqué)
- o Attestation employeur des deux parents (ou justificatif d'activité professionnelle non salariée, Kbis, avis situation INSEE, attestation expert-comptable)
- o Attestation d'assurance responsabilité civile pour les activités périscolaires et extrascolaires
- o PAI (Projet d'Accueil Individualisé), le cas échéant
- o Mandat de prélèvement (doc. 6)
- o RIB
- o En cas de divorce, la copie du jugement, en cas de séparation, une attestation sur l'honneur signée des deux parents

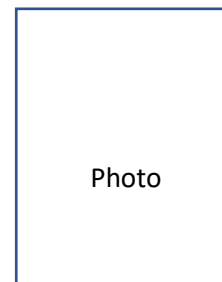
Documents à conserver :

- o Règlement intérieur

Fiche annuelle de renseignements (doc. 1)

Accueil Périscolaire

Année : 2023-2024



Enfant :

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : M F

Parents / Tuteurs :

Père, mère, tuteur(trice), famille d'accueil

(entourer la mention utile)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Commune :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Mail :

Profession :

Employeur :

Adresse du lieu de travail :

.....

Père, mère, tuteur(trice), famille d'accueil

(entourer la mention utile)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Commune :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Mail :

Profession :

Employeur :

Adresse du lieu de travail :

.....

Assurances :

La municipalité a souscrit un contrat d'assurance « responsabilité civile » dans le cadre de l'organisation de l'accueil périscolaire. Cette assurance ne couvre que la responsabilité de la mairie et de son personnel pour les dommages qu'ils pourraient causer à autrui. Nous vous demandons de contrôler la validité de votre assurance « responsabilité civile » et d'assurer vos enfants à la pratique des activités extrascolaires.

Nom de l'assurance :

Numéro de police :

Merci de nous fournir une photocopie de l'attestation d'assurance.

Régime CAF :

Régime général et fonctionnaire Régime agricole Autre régime

N° allocataire :

Autorisations individuelles et informations diverses :

- Autorise les animateurs du périscolaire à récupérer mon enfant à l'école maternelle ou élémentaire de Longnes à 16h30

OUI NON

- Autorise les animateurs à maquiller mon enfant pour un spectacle, une activité, un jeu

OUI NON

Autorisation du droit à l'image OUI NON

Le représentant légal autorise, les animateurs du périscolaire à réaliser des prises de vues photographiques ou filmées sur lesquelles figure l'enfant, lors de représentations, activités ou jeux. Ces prises de vues peuvent éventuellement faire l'objet de diffusion dans diverses publications telles que le journal d'informations de Longnes ou tout autre document interne à la commune.

Il autorise le périscolaire à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quelque soit le support (site internet, expositions, activités, publications, ...).

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion sur les réseaux sociaux ou d'utilisation commerciale.

- Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant :

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant scolarisé en maternelle ou en élémentaire au périscolaire au terme de la période de garde :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

- Personne à prévenir en cas d'absence ou d'urgence, si les parents ne sont pas joignables :

M., Mme :

Lien de parenté :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Adresse :

.....

M., Mme :

Lien de parenté :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Adresse :

.....

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

J'autorise le responsable de la structure périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) ou à le faire transporter par les services de secours compétents (pompiers, SAMU) à l'hôpital, mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à

Le

Signature :

Fiche sanitaire de liaison (doc. 2) Accueil Péri-scolaire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Enfants nés jusqu'au 31 décembre 2017

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, oreillons et rougeole (ROR)	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoque					
BCG					

Enfants nés à partir du 1^{er} 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, oreillons et rougeole (ROR)			
Coqueluche				Autres (préciser)			
Méningites à haemophilus influenzae de type B							
Hépatite B				BCG			

Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, merci de joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
Scarlatine			5 ^{ème} maladie		

En cas d'allergie ou tout autre problème de santé, faire remplir par le médecin traitant un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Dans le cadre de ce PAI, et en cas de traitement à administrer, si une réunion d'information sur l'administration de ce traitement avait lieu avec l'infirmière et le médecin scolaire, merci de nous en informer afin que nous y assistions.

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) :

Allergies :

Asthme :
Alimentaire :
Médicamenteuses :
Autres :
Date de la dernière crise :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... :

Précisez :
.....
.....
.....

Nom et téléphone du médecin traitant :
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait àLeSignature :

Fiche d'inscription à l'aide aux devoirs (doc. 3)

Accueil Périscolaire

Année 2023-2024

Nom, prénom de l'enfant :

Classe :

Aide aux devoirs (encadrée par une institutrice)	CP - CM1 - CM2 17h00 – 17h30	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	CE1 - CE2 17h30 – 18h00	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	---	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Précisez les jours où vous souhaitez inscrire votre ou vos enfants à l'aide aux devoirs (1, 2 ou 3 jours) :

Lundi

Mardi

Jeudi

Votre enfant sera dans l'obligation de s'y présenter s'il est inscrit pour ne pas perturber le fonctionnement.

Fait à

Le

Signature :

Dossier de calcul du Quotient Familial (doc. 4)

Accueil Périscolaire

Année 2023-2024

Un seul exemplaire est à remplir par famille, quel que soit le nombre d'enfants inscrits.

Parents / Tuteurs :

<u>Père, mère, tuteur(trice), famille d'accueil</u>	<u>Père, mère, tuteur(trice), famille d'accueil</u>
<u>(entourer la mention utile)</u>	<u>(entourer la mention utile)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Commune :	Commune :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du lieu de travail :	Adresse du lieu de travail :
.....
Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)

CALCUL QUOTIENT FAMILIAL

Tranches et tarifs :

Tarif quotient familial annuel	Matin	Soir	Journée (matin et soir)
QF 1 (jusqu'à 8 000 €)	4,50 €	5,50 €	9,00 €
QF 2 (entre 8 001 € et 13 000 €)	4,70 €	5,70 €	9,30 €
QF 3 (à partir de 13 001 € ou dossier incomplet)	5,00 €	6,10 €	9,60 €

Mode de calcul du quotient familial :

Diviser le revenu fiscal de référence par le nombre de parts du foyer.

Exemple :

M.	Salaire déclaré	23 000 €
Mme	Bénéfice commercial	10 000 €

3 parts (M., Mme et 2 enfants)

Total : 33 000 € / 3 = 11 000 € → tarif applicable : QF 2

Attestation de connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire (doc. 5)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

responsable légal de(s) enfant(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et accepte les modalités de fonctionnement y figurant.

Fait à

Le

Signature :

Règlement intérieur à conserver par vos soins

Autorisation de prélèvement (doc. 6)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la commune de LONGNES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la commune de LONGNES.

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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant créancier SEPA

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom : Commune de Longnes
Adresse : 2 rue des tourelles
Code postal : 78980
Ville : LONGNES
Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	Identification internationale de la banque (BIC)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Fait à :

Signature :

Le

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la commune de LONGNES. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la commune de LONGNES.

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'opposition, 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.