



MAIRIE DE LONGNES

CENTRE PÉRISCOLAIRE

DOSSIER D'INSCRIPTION

Dossier à compléter :

- o L'attestation de connaissance du règlement intérieur dûment signée et complétée (Doc 1)
- o 1 fiche de renseignements (Doc 2, 3)
- o 1 fiche sanitaire de liaison (Doc 4, 5)
- o 1 dossier de calcul du quotient familial (3 tranches de paiement) (Doc 6)
(en l'absence de ce dossier le tarif maximum sera appliqué)

Documents à fournir :

- o Photocopie des pages de vaccinations obligatoires
- o 1 photo d'identité
- o Dernier avis d'imposition (si non fourni tarif maximum appliqué)
- o Attestation employeur des deux parents (*pour critère de priorité*)
(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 (Protocole d'Accueil Individualisé), si nécessaire
- o 1 formulaire d'inscription périodique avec règlement du mois de septembre et des frais d'inscription - obligatoirement- sinon l'inscription n'est pas prise en compte (chèque à l'ordre du Trésor Public).



ATTESTATION DE CONNAISSANCE du Règlement intérieur

Afin de nous garantir votre engagement dans le respect du règlement intérieur, veuillez nous retourner l'attestation de connaissance du règlement intérieur signée et la remettre au centre périscolaire.

Je soussigné (e), nom : prénom :

(Entourer la mention utile) : père, mère, responsable légal, de(s) enfant(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Fréquentant le périscolaire de Longnes.

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

Fait à :

Le :

Signature :



**Fiche annuelle de renseignements
Périscolaire municipal
Année : 2021-2022**

Enfant :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Classe à venir :

Date de naissance : Lieu de naissance :

photo

Parents /Tuteurs**Père, mère, tuteur(trice), famille d'accueil (entourer la mention utile)**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Tél. domicile :

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. domicile :

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 du 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 C.A.F (entourer la mention utile)

■ Régime général et fonctionnaire

■ Régime agricole

■ Autre régime

Autorisations individuelles et informations diverses• **Autorisation du droit à l'image**

Le représentant légal autorise OUI - NON, les animateurs du périscolaire à réaliser des prises de vues photographiques ou filmées sur lesquelles figure la personne inscrite, 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'information de LONGNES ou tout autre document interne à la Commune.

Il autorise le périscolaire à utiliser librement ses photographies, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quel que 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 prendre l'enfant au périscolaire**

Je soussigné(e) père, mère, tuteur(trice) légal(e), famille d'accueil de l'enfant

Autorise :

Nom : Prénoms : Téléphone :

Nom : Prénoms : Téléphone :

Nom : Prénoms : Téléphone :

À récupérer mon enfant scolarisé en maternelle **OU** en élémentaire (entourer la mention utile) au périscolaire au terme de la période de garde.

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

M., Mme :	M., Mme :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Adresse :	Adresse :

• **Autorise les animateurs du périscolaire à récupérer mon enfant à l'école maternelle ou élémentaire de Longnes à 16 h 30 (entourer la mention utile) **OUI - NON****

• **Autorise les animateurs à maquiller mon enfant pour un spectacle, une activité, un jeu **OUI - NON****

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

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	PAS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
DIPHTÉRIE DIP				HÉPATITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE OREILLONS ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (préciser)	
OU TÉTRACOQ					
BCG (bcg)					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

	OUI	PAS		OUI	PAS
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 PAI**
- **En cas de traitement à administrer, joindre obligatoirement l'ordonnance, inscrire lisiblement le nom de l'enfant sur chaque boîte de médicament et rédiger « une autorisation à administrer le traitement par l'équipe d'encadrement »**
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance
- **Dans le cas où une réunion d'information sur l'administration d'un traitement spécifique aura lieu avec l'infirmière et le médecin scolaire, merci de nous en informer afin que nous assistions à cet entretien.**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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, etc... précisez ?

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

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe, portable : Tél bureau :

Nom et tél. 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.

Date :

Signature :

.....





CENTRE PÉRISCOLAIRE MUNICIPAL

Dossier de calcul du Quotient Familial

Valable du 1^{er} septembre 2021 au 31 août 2022

Représentant légal :

Père, mère, tuteur :

NOM : PRÉNOM :

Situation de la famille : célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve),
vie maritale, séparé(e), (entourer la mention utile).

Nom de l'employeur :

Téléphone :

- Demandeur d'emploi
- Congé parental
- Autre :

Conjoint du représentant légal :

Père, mère, tuteur :

NOM : PRÉNOM :

Situation de la famille : célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve),
vie maritale, séparé(e), (entourer la mention utile).

Nom de l'employeur :

Téléphone :

- Demandeur d'emploi
- Congé parental
- Autre :

Domicile de la famille :

.....
.....

CP : Ville : Tél. :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Dernier avis d'imposition entier du foyer
- En cas de divorce, la copie du jugement, en cas de séparation, une attestation sur l'honneur signée des deux parents

CALCUL QUOTIENT FAMILIAL pour déterminer le tarif

Tranches et tarifs :

Tarif quotient familial	Matin	Soir	Journée (matin + soir)
QF 1 (-8 000 €)	4,50 €	5,50 €	9,00 €
QF2(entre 8 001 € et 13 000 €)	4,70 €	5,70 €	9,30 €
QF3 (plus de 13 001 € ou situation de revenus non fournie)	5,00 €	6,10 €	9,60 €

Calcul du Quotient Familial

Retenir le cumul des revenus avant abattement (et non le revenu imposable)

- Salaires avant abattement ou frais réels
- Pensions perçues
- Revenus agricoles, commerciaux ou libéraux
- Revenus fonciers ou mobiliers avant abattement

diviser le total par le nombre de parts du foyer

Exemple

M. Salaire déclaré 23 000 €

Mme Bénéfice commercial 10 000 €

2 enfants soit total 3 parts (M., Mme + 2 enfants)

Total 33 000 € / 3 = 11 000 € - quotient familial tarif applicable QF 2



PÉRISCOLAIRE MUNICIPAL

Fiche d'inscription du mois de
Septembre 2021

Nom, prénom de l'enfant : Classe :

Calendrier de la période

Date :			02/09	03/09
Inscription matin				
Inscription soir				

Date :	06/09	07/09	09/09	10/09
Inscription matin				
Inscription soir				

Date :	13/09	14/09	16/09	17/09
Inscription matin				
Inscription soir				

Date :	20/09	21/09	23/09	24/09
Inscription matin				
Inscription soir				

Date :	27/09	28/09	30/09	
Inscription matin				
Inscription soir				

Montant à payer en fonction du QF

	Forfait matin	Forfait soir	Forfait journée
Tranche 1	4,50 €	5,50 €	9,00 €
Tranche 2	4,70 €	5,70 €	9,30 €
Tranche 3	5,00 €	6,10 €	9,60 €

Calcul pour le règlement en fonction de votre quotient

Matins (Nbre de matin *QF)	Soirs (Nbre de soir *QF)	Forfait journée (Nbre de matin + soir de la même journée* QF)	Total à payer
..... X X X	=
=	=	=	=

Ajouter frais d'inscription annuel de 40 euros par famille, avec le paiement de septembre.