



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

2019-2020



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES (garderie, restaurant scolaire) ET EXTRASCOLAIRES (centre de loisirs, école des loisirs, animation jeunesse et zumba enfants)

Contexte : l'inscription de votre enfant aux différents temps extra et périscolaires est obligatoire chaque année. Sans inscription, l'équipe ne peut avoir connaissance des éléments nécessaires à un accueil de qualité.

A DESTINATION DES PARENTS :

Ce dossier sera à constituer **une seule fois dans l'année** et permettra un accès aux différents services proposés sur notre commune. **Si un de vos enfants rentre à l'école en cours d'année veuillez également remplir ce dossier.**

A compléter et à remettre en mairie pour le : **VENDREDI 21 JUIN 2019**

Nous précisons toutefois qu'une **inscription complémentaire** sera nécessaire et obligatoire auprès des responsables de chaque service avant la période concernée.

Ex : j'inscris mon enfant à l'année au centre de loisirs, je réprécise avant chaque période et dans les délais indiqués, les jours où mon enfant sera effectivement présent.

Documents obligatoires à remplir et à fournir :

→ Communs à tous les services :

- Fiche de renseignements (**une par famille**)
- Attestation CAF OU MSA (indiquant le QF)
- Autorisations parentales (**une par famille**)
- Une fiche d'inscription aux différents services (**une par enfant**)
 - Restaurant scolaire/garderie
 - ALSH du Dossen (centre de loisirs)
 - Animation Jeunesse
 - Ecole des loisirs et Escalade
 - Zumba
- Fiche sanitaire de liaison cerfa recto verso de l'enfant établie par le ministère de la jeunesse et des sports (**une par enfant**)
- Tarif et modalité de paiement.

→ Spécifiques au service Centre de loisirs du Dossen et l'Animation Jeunesse

- Diplôme ou attestation certifiant que votre enfant sait nager (pour les enfants de plus de 6 ans)
- Fiche complémentaire (et justificatif MDPH si reconnaissance enfant porteur de handicap)

REEMPLIR QU'UN SEUL
EXEMPLAIRE PAR FAMILLE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Commun à tous les services



FAMILLE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) REPOSABLE(S) LEGAL(AUX)

⇒ 1^{er} PARENT

Père Mère Tuteur

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....

Ville.....

Téléphone domicile.....

Téléphone portable.....

Téléphone travail.....

Email.....

Situation familiale.....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant

Oui Non

(Si non joindre une copie du jugement)

⇒ 2^e PARENT

Père Mère Tuteur

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....

Ville.....

Téléphone domicile.....

Téléphone portable.....

Téléphone travail.....

Email.....

Situation familiale.....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant

Oui Non

(Si non joindre une copie du jugement)

De quel régime dépendez-vous ?

CAF AGRICOLE AUTRE Préciser :

N° Allocataire :(Attestation ou justificatif à fournir obligatoirement)

Quotient Familial.....

NB : En l'absence du Quotient Familial, le tarif le plus élevé vous sera facturé.

Compagnie d'assurance de la RC :

N° de police d'assurance RC :Date d'échéance :

Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.

REEMPLIR QU'UN SEUL
EXEMPLAIRE PAR FAMILLE

AUTORISATIONS PARENTALES :



Autorise (nt) mon premier enfant
(NOM/PRENOM)..... à rentrer seul à l'issue
des temps périscolaires et extrascolaires.

OUI NON

Autorise (nt) mon deuxième enfant
(NOM/PRENOM)..... à rentrer seul à l'issue
des temps périscolaires et extrascolaires.

OUI NON

Autorise (nt) mon troisième enfant
(NOM/PRENOM)..... à rentrer seul à l'issue
des temps périscolaires et extrascolaires.

OUI NON

Autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la garderie, centre de
loisirs et animation jeunesse.

Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
En qualité de.....	En qualité de.....	En qualité de.....
.....
Téléphone.....	Téléphone.....	Téléphone.....

Autorise(nt) mon/ mes enfant(s) à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des
activités extrascolaires

OUI NON

Autorise(nt) que mon/mes enfant(s) soi(en)t filmé(s)et/ ou photographié(s) dans le cadre des activités
périscolaires et extrascolaires

OUI NON

Autorise(nt) que mon/mes enfant(s) pratique(nt) du vélo sans le port du casque. (Casque fourni par les
parents) dans le cadre du centre de loisirs du Dossen.

NOM/PRENOM DE L'ENFANT : OUI NON

NOM/PRENOM DE L'ENFANT : OUI NON

NOM/PRENOM DE L'ENFANT : OUI NON

Date :

Signature :

FICHE D'INSCRIPTION à tous les services (une par enfant)



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom.....

Prénom.....

Sexe F M Date/Lieu de Naissance.....

Scolarisé(e) en classe deà l'école.....

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père Mère

N° de Sécurité Sociale :

Régime de rattachement : Général (CAF) Agricole (MSA) Autres

➤ Restaurant scolaire

Mangera au restaurant scolaire : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Mangera au restaurant scolaire de façon occasionnelle et dans ce cas m'engage à envoyer un mail ou en me déplaçant auprès de la mairie le mardi pour la semaine suivante (**cette inscription n'est valable que sous réserve de place disponible**) : mairie-de-santec@wanadoo.fr ou par téléphone au 02.98.29.74.65.

Votre enfant suit un régime alimentaire pour des raisons de santé (intolérance y compris) Oui Non
(Si oui fournir un certificat médical)

➤ Halte Garderie : 7h30-8h30/16h30-18h45

Ira à la garderie :

Lundi matin Mardi matin Jeudi matin Vendredi matin

Lundi soir Mardi soir Jeudi soir Vendredi soir

De façon exceptionnelle → dans ce dernier cas, merci de signaler la présence de l'enfant en halte-garderie le plus tôt possible.

➤ Centre de loisirs du mercredi et vacances scolaires

Tous les mercredis De façon exceptionnelle et auquel cas je m'engage à prévenir Nicolas CREACH au 02 98 29 71 79 une semaine avant.

Pendant les vacances scolaires

La présence de votre enfant nécessite une inscription complémentaire auprès de Nicolas CREACH au 02 98 29 71 79 entre trois semaines et quinze jours avant le début de la période concernée. Le programme vous sera distribué à l'école. Merci de respecter les dates butoirs indiquées.

➤ Animation Jeunesse vacances scolaires (à partir du CM1)

OUI NON

La présence de votre enfant nécessite une inscription complémentaire auprès de Nicolas LE HIR avant le début de la période concernée.

➤ Ecole des loisirs et Escalade

Ecole des loisirs mercredi matin (à partir du CE2) Escalade mercredi

Ecole des loisirs samedi matin (de la maternelle au CE1) Escalade jeudi

Attention ! Les places sont limitées. La confirmation d'inscription est donc obligatoire lors du forum des associations début Septembre auprès de Nicolas LE HIR.

➤ Zumba Enfant (à partir de 6 ans révolus)

OUI

NON



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019</h2>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM: _____</p> <p>PRÉNOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).



Indiquez ci-après:

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

Recommandations utiles des parents:

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

Observations diverses:

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date:

Signature:

FICHE TARIFAIRE



(Tarifs votés en conseil municipal, applicables au 1^{er} juin 2019)

➤ Restaurant scolaire

	Tarif solidaire QF<400	QF>400	QF non renseigné et extérieurs
Maternelle	1.00€	2.50€	3.10€
Primaire	1.00€	2.80€	3.30€

➤ **Services périscolaires (Halte-garderie)** : 0,75€ par demi-heure (toute demi-heure commencée étant due)

➤ ALSH demi-journée vacances (extrascolaire) repas inclus

QF≤650	650<QF≤999	999<QF≤1300	1300<QF≤1680	QF>1680 et extérieurs
4.00€	6.10€	7.10€	7.60€	8.10€

➤ ALSH journée vacances (extrascolaire) repas inclus

QF≤650	650<QF≤999	999<QF≤1300	1300<QF≤1680	QF>1680 et extérieurs
7.00€	9.20€	13.20€	14.20€	15.00€

➤ Inscription annuelle Ecole des loisirs et Escalade

Santécois QF<650	Santécois QF	Résident extérieur à Santec
30.00€	40.00€	50.00€

➤ **Inscription annuelle Zumba Enfants** : 65.00€

➤ **Inscription annuelle Animation Jeunesse** : 2 euros par an puis, tarif en sus lors de la sortie (piscine, car...)



Modalité de facturation et de paiement (à remettre avec le dossier)

Règlement des factures en **mairie** :

- Par chèque bancaire ANCV-CESU-COUPON SPORT Prélèvement automatique
 Par carte bancaire

Par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public

Par prélèvement automatique : joindre un RIB

Attestons avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs des différents services, disponibles sur le site internet de la ville des Santec et du fonctionnement de la tarification appliquée en fonction des revenus.

A....., le.....

Signature du Père
Mention « *lu et approuvé* »



Signature de la Mère
Mention « *lu et approuvé* »

FICHE COMPLÉMENTAIRE POUR LES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP

Ces informations sont importantes pour l'équipe. Elles nous permettent d'accompagner l'enfant dans de meilleures conditions. Elles resteront confidentielles.

Nom Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom des parents ou du tuteur :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Situation de handicap de l'enfant :

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ?

Oui

Non

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ?

Oui

Non

Souhaitez-vous la mise en place d'un bilan régulier entre vous et l'équipe (conseils que vous pourriez apporter, retour de l'équipe) ?

Oui

Non

L'enfant est-il suivi par un service d'accompagnement ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Nom de la structure :

Personne référente de l'enfant :

Adresse :

Téléphone :

Autorisez-vous l'ALSH à prendre contact avec cet établissement ?

Oui

Non

