

Dossier d'inscription : Accueil de Loisirs Péri-scolaire et Restauration Scolaire Année 2021-2022

Dossier à retourner avant le 30 juin 2021

- Céret** Service Enfance Jeunesse, Place Henri Guitard 66400 Céret.
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 (autres disponibilités sur rendez-vous).
☎ : 04.68.21.92.11 (Service Péri-scolaire) ☎ : 04.68.21.92.12 (Restauration)
- Le Boulou** Service Péri-scolaire et restauration SIS, 16 rue du 4 septembre 66160 Le Boulou (Ecole La suberaie)
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (sauf mercredi) de 7h30 à 10h30
☎ : 06.01.12.21.69. (Service Péri-scolaire) ☎ 04.68.82.56.83 (Restauration)
- Maureillas** Mairie de Maureillas Las Illas, 14 Avenue du Vallespir 66480 Maureillas.
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9h à 12h.
☎ : 04.68.87.52.52 (Service Péri-scolaire et restauration)
- Reynes** Service Péri-scolaire et SIS, Ecole du Pont de Reynes 66400 Reynes (dans les locaux du péri-scolaire).
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (sauf mercredi) de 7h30 à 9h30 et 16h à 18h30
☎ : 04.68.87.02.18 (Service Péri-scolaire et restauration)

Fiche d'inscription 2021-2022

Cadre réservé au Directeur

Règlement : 1^{er} Trimestre 2^{ème} Trimestre 3^{ème} Trimestre

1. ENFANT (S) :

	Nom/prénom	Date de naissance	Sexe F ou M	Classe	École fréquentée
Enfant n°1					
Enfant n°2					
Enfant n°3					

2. RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Autorité parentale oui non

Nom : Prénom : date de naissance :/...../..... Lieu :

Adresse : CP : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Email :@.....

3. RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Autorité parentale oui non

Nom : Prénom : date de naissance :/...../..... Lieu :

Adresse : CP : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Email :@.....

4. ATTESTATION ASSURANCE (extrascolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : Compagnie d'assurance :

5. NUMERO DE SECURITE SOCIALE (qui couvre l'enfant)

6. RENSEIGNEMENTS SUR L'ALLOCATAIRE

CAF MSA ou autres régimes (à préciser) de : Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire

Le responsable de l'accueil de Loisirs sera amené à consulter CDAP* afin de regarder votre Quotient familial et d'ajuster votre tarif au plus près de vos ressources.

*consultation des dossiers des allocataires en temps réel.

Fiche d'inscription 2021-2022 (suite)

7. INSCRIPTION - ACCUEIL PERISCOLAIRE (cochez vos choix au trimestre ou à l'année)

1 ^{er} Trimestre	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	2 nd Trimestre	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	3 ^{ème} Trimestre	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. INSCRIPTION - RESTAURANT SCOLAIRE (cochez vos choix)

Les inscriptions et les prélèvements ne sont pas renouvelés automatiquement.

NOM-PRENOM	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. TRANSPORT (cochez vos choix)

Votre ou vos enfants utiliseront-ils les transports en commun ? Oui Non

Nom de l'arrêt de bus : Commune :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. FACTURATION

J'accepte de recevoir ma facture par email Oui Non

11. DÉCLARATIONS ET SIGNATURES :

- J'ai pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et du SIS et je les accepte en intégralité.
- J'autorise mon enfant à se rendre sur son lieu d'activité périscolaire (stade, gymnase...) en présence des animateurs.
- J'autorise la direction de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à une éventuelle intervention.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.
- Je m'engage à fournir les documents officiels permettant d'attester de mesures spécifiques de garde alternée ou tout autre garde séparée.

Fait à :

Nom du signataire :

Le :

Signature :

Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :
Adresse : CP : Ville :
Parent 1 : Tél port. Tél maison Tél pro
Parent 2 : Tél port. Tél maison Tél pro
Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) Caisse :

3. VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Reconnaissance MDPH OUI NON Bénéficiaire de l'AAEH OUI NON
L'enfant bénéficie d'un accompagnement : CAMSP CMP CMPP Hôpital de jour PPS (Projet personnel de Scolarisation)
L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ? OUI NON
Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle OUI NON Rubéole OUI NON Scarlatine OUI NON
Angine OUI NON Coqueluche OUI NON Rougeole OUI NON
Oreillons OUI NON Otite OUI NON Rhumatisme articulaire OUI NON

Allergies :

Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON Autres troubles de santé OUI NON
Alimentaires OUI NON Les piqûres d'insectes OUI NON

Précisez :

Informations complémentaires : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions à prendre :

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

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

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : Nom du signataire : Signature :

Le :

Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent 1 : Tél port. Tél maison Tél pro

Parent 2 : Tél port. Tél maison Tél pro

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) Caisse :

3. VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	
Diphthérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Reconnaissance MDPH OUI NON

Bénéficiaire de l'AAEH OUI NON

L'enfant bénéficie d'un accompagnement : CAMSP CMP CMPP Hôpital de jour PPS (Projet personnel de Scolarisation)

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ? OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle OUI NON

Rubéole OUI NON

Scarlatine OUI NON

Angine OUI NON

Coqueluche OUI NON

Rougeole OUI NON

Oreillons OUI NON

Otite OUI NON

Rhumatisme articulaire OUI NON

Allergies :

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres troubles de santé OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Précisez :

Informations complémentaires : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions à prendre :

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

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

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire :

Signature :

Le :

Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent 1 : Tél port. Tél maison Tél pro

Parent 2 : Tél port. Tél maison Tél pro

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) Caisse :

3. VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	Observations
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Reconnaissance MDPH OUI NON

Bénéficiaire de l'AEH OUI NON

L'enfant bénéficie d'un accompagnement : CAMSP CMP CMPP Hôpital de jour PPS (Projet personnel de Scolarisation)

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ? OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle OUI NON

Rubéole OUI NON

Scarlatine OUI NON

Angine OUI NON

Coqueluche OUI NON

Rougeole OUI NON

Oreillons OUI NON

Otite OUI NON

Rhumatisme articulaire OUI NON

Allergies :

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres troubles de santé OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Précisez :

Informations complémentaires : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions à prendre :

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

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

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire :

Signature :

Le :

Fiche d'autorisations 2021-2022

1. LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom : Prénom:.....

Lien avec le (ou les) enfant(s) : Père Mère Autre, précisez :

2. DROIT À L'IMAGE

J'autorise le service Enfance Jeunesse à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet et réseaux sociaux gérés par la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée déterminée et à des fins non commerciales en France. Ces informations seront tenues à votre disposition en cas de demande formulée par écrit, pour opposition ou modification.

Fait à : Le : Signature :

3. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LE (OU LES) ENFANT(S)

- Mon enfant est autorisé à rentrer seul (sauf enfant de maternelle)
- En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l'accueil. Ces dernières devront se munir d'une pièce d'identité, sans laquelle l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE	A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
				OUI	NON

Fait à : Le : Nom du signataire et signature :





Observations :



Pièces à fournir lors de l'inscription (1 dossier par famille) :

- Dossier d'inscription complet (*fiche d'inscription, 1 fiche sanitaire par enfant et autorisations parentales*),
- Attestation d'assurance extrascolaire ou de responsabilité civile,
- Photocopie des vaccinations,
- Documents officiels permettant d'attester de mesures spécifiques de garde alternée ou tout autre garde séparée.
- Un justificatif de domicile (Quittance EDF, Tél...)
- Un certificat pour les enfants allergiques (pour la restauration)
- L'autorisation de prélèvement complétée et un RIB pour le prélèvement automatique de la restauration scolaire (cf. fin du dossier)

Contacts des Accueils de Loisirs Périscolaires (ALP) de la Communauté de Communes du Vallespir

	<p>ALP écoles maternelles J. Miro et école élémentaire M. Chagall de Céret, 1 et 2 avenue Jules Ferry 66400 Céret. ☎ 07.86.95.15.85 - ✉ perisco.ceret@vallespir.com</p> <p>ALP écoles maternelles Pont du Diable et école élémentaire P. Picasso de Céret, 16 avenue Francesc Irla 66400 Céret. ☎ 06.12.65.75.04 - ✉ perisco.ceret@vallespir.com</p> <p>SIS de Céret : 1^{er} étage du Service Jeunesse, Place Henri Guitard 66400 Céret. ☎ 04.68.21.92.12 - ✉ valerie.androdias@sisdeceret.fr</p>
	<p>ALP école maternelle Prévert du Boulou, rue Ronsard 66160 Le Boulou. ☎ : 04.68.83.31.59 - ✉ perisco.boulou@vallespir.com</p> <p>ALP école élémentaire la Suberaie du Boulou, 16 Rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou. ☎ 04.68.82.56.83 - ☎ 06.01.12.21.69- ✉ perisco.boulou@vallespir.com</p> <p>Restauration scolaire : 15 rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou. Catherine HUBERT ☎ 09.77.36.33.12 ✉ cantineleboulou@outlook.fr</p>
	<p>ALP école maternelle N. De Condorcet, route de Las Illas 66480 Maureillas Las Illas. ☎ 06.04.70.01.93 - ✉ perisco.maureillas@vallespir.com</p> <p>ALP école élémentaire L. Pianelli, 12bis rue Sainte Madeleine 66480 Maureillas Las Illas. ☎ 06.04.70.01.93 ✉ perisco.maureillas@vallespir.com</p> <p>Restauration scolaire : ☎ 04.30.44.86.09.</p>
	<p>ALP école maternelle et école élémentaire de Reynès, Ecole du Pont de Reynès 66400 Reynès. ☎ 04.68.87.02.18 ✉ perisco.reynes@vallespir.com</p> <p>Restauration scolaire : Ecole du Pont de Reynès 66400 Reynès. ☎ 04.68.87.02.18. ✉ communes-de-reynes2@orange.fr</p>

Tous les renseignements sur les activités du service Jeunesse Intercommunal sur : www.vallespir.com

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements de participation à la restauration scolaire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte ; Je réglerai directement le différend avec le syndicat intercommunal scolaire.

DESIGNATION DU CREANCIER :
SIS DE CERET
Place Henri Guitard
66400 CERET

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE
NOM : Prénom : Adresse complète :	NOM : Adresse complète :

N° IBAN DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER -----
--

CODE BIC : -----

DESIGNATION DU BENEFICIAIRE DU SERVICE DE RESTAURATION SCOLAIRE
<u>NOM-PRENOM DE L'ENFANT :</u>

JOINDRE UN RIB

DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR