Dossier d'inscription :

Accueil de Loisirs Périscolaire et Restauration Scolaire

Année 2022-2023

Dossier à remettre avant le 31 mai 2022

☐ **Maureillas** A la Mairie de Maureillas Las Illas, 14 Avenue du Vallespir 66480 Maureillas.

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

☐ Dossier d'inscription complet

☐ Attestation d'assurance extrascolaire ou de responsabilité civile,

☐ Photocopie des vaccinations,

☐ Dernière attestation d'allocataire (pour le calcul du tarif selon Quotient familial),

☐ Un justificatif de domicile (Quittance EDF, Tél…)

☐ Documents officiels permettant d'attester de mesures spécifiques de garde alternée ou tout autre garde séparée.

☐ Document de Projet d'Accueil Individualisé (PAI) précisant les besoins thérapeutiques ou un justificatif attestant d'un suivi complémentaire (allergies, PPS, PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, ...)

☐ L'autorisation de prélèvement complétée et un RIB pour le prélèvement automatique de la restauration scolaire (cf. fin du dossier).

☐ Justificatif d'activité professionnelle des deux parents.

Service Périscolaire et restauration scolaire

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret

Tél : 04.68.21.20.66. www.vallespir.com

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

CÉRET VALLESPIR	***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* ***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* ***Service Enfance Jeunesse :** Place Henri Guitard 66400 Céret.* *Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h à 12h30 (autres disponibilités sur rendez-vous).* ***Restauration scolaire /SIS de Céret :** 1er étage du Service Jeunesse, Place Henri Guitard 66400 Céret. ✆ 04.68.21.92.12 - ✉ restaurant.scolaire@sisdeceret.fr* *Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (hors mercredi) de 8h à 12h30 et de 13h30 à 17h30.*
Le Boulou Source de dynamisme	***ALP école maternelle Prévert du Boulou**, rue Ronsard 66160 Le Boulou.* *✆ : 06.70.48.99.38 - ✉ perisco.boulou@vallespir.com* *Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (hors mercredi et hors vacances scolaires) de 8h30 à 14h et de 16h30 à 18h30* ***ALP école élémentaire la Suberaie du Boulou**, 16 Rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou.* *✆ 06.01.12.21.69- ✉ perisco.boulou@vallespir.com* *Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (hors mercredi) de 7h30 à 11h30 et de 16h30 à 18h15.* ***Restauration scolaire :** rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou.* *✆ 09.77.36.33.12 (cuisine) ✉ cantineleboulou@outlook.fr –* *Bureau de 7h30 à 9h30 du lundi au vendredi (hors mercredi) ✆ 04.68.82.56.83*
Ville de Maureillas · Las · Illas	***ALP école maternelle N. De Condorcet**, route de Las Illas 66480 Maureillas Las Illas.* *✆ 06.29.24.77.29. - ✉ perisco.maureillas@vallespir.com* ***ALP école élémentaire L. Pianelli**, 12bis rue Sainte Madeleine 66480 Maureillas Las Illas.* *✆ 06.04.70.01.93 ✉ perisco.maureillas@vallespir.com* ***Restauration scolaire :** Mairie de Maureillas ✆ 04.30.44.86.09.*
f	**Suivre l'actualité périscolaire - Enfance Jeunesse**

Fiche d'inscription 2022-2023

1. ENFANT(S)

	Nom/prénom	*Date de naissance*	*Sexe F ou M*	*Classe*	*École fréquentée*
Enfant n°1					
L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) * ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre Est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre					
Enfant n°2					
L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) * ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre Est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre					
Enfant n°3					
L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) * ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre Est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne souhaite pas répondre					

* Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté…*Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.*

Situation familiale : ❑ Mariés ❑ Célibataire ❑ Vie maritale ❑ Divorcés / Séparés

2. RESPONSABLE LÉGAL N°1 *(Payeur)* ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : …… Autorité parentale ☐ oui ☐ non

Nom : …… Prénom : …… date de naissance : ……/……/……. Lieu : ……
Adresse : …… CP : …… Ville : ……
Tél domicile : ……Tél portable : …… Tél professionnel : ……
Email : ……@…… *(obligatoire)*

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.*

Fiche d'inscription 2022-2023 (suite)

7. INSCRIPTION* - ACCUEIL PERISCOLAIRE *(cochez vos choix pour l'année, en cas de changement nous contacter)*

1er Enfant : …….	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	☐	☐	☐	☐
MIDI	☐	☐	☐	☐
SOIR	☐	☐	☐	☐

2ème Enfant : ……	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	☐	☐	☐	☐
MIDI	☐	☐	☐	☐
SOIR	☐	☐	☐	☐

3ème Enfant : ……	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	☐	☐	☐	☐
MIDI	☐	☐	☐	☐
SOIR	☐	☐	☐	☐

8.INSCRIPTION* - RESTAURANT SCOLAIRE *(cochez vos choix)*

2022/2023	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Enfant 1	☐	☐	☐	☐
Enfant 2	☐	☐	☐	☐
Enfant 3	☐	☐	☐	☐

**Les inscriptions et les prélèvements ne sont pas renouvelés automatiquement. L'inscription à la cantine induit automatiquement une inscription au periscolaire du midi.*

9. DÉCLARATIONS ET SIGNATURES :

☒ J'ai pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et e la restauration scolaire et je les accepte en intégralité.
☒ J'accepte de recevoir ma facture par mail (mail du responsable légal n°1 et payeur obligatoire)
☒ 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 : **Le :**
Nom du signataire : **Signature :**

Fiche sanitaire de liaison 2022-2023 – Enfant 1

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

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. Pour la restauration scolaire seuls les enfants ayant un PAI pourront fournir les paniers repas.

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 ?

(Ex : sans viande…) ……

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 2022-2023 – Enfant 2

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

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. Pour la restauration scolaire seuls les enfants ayant un PAI pourront fournir les paniers repas.

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 ?

(Ex :Sans viande…) .....

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 2022-2023 – Enfant 3

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

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. Pour la restauration scolaire seuls les enfants ayant un PAI pourront fournir les paniers repas.

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 ?

(Ex :Sans viande…) ……

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 2022-2023

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 tut 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 :

☒ J'autorise mon enfant à se rendre sur son lieu d'activité périscolaire (stade, gymnase…) en présence des animateurs.

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 :

TRANSPORT *(cochez vos choix)*

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

Si oui :

Afin d'organiser au mieux le transport de votre enfant « DOMICILE / ECOLE », nous vous demandons de nous retourner ce document.

NOM de l'enfant : …… Prénom : …… Classe : ……

NOM du représentant légal : …… Téléphone :_ ……

Cocher les jours où votre enfant prend le bus :

Nom de l'arrêt de bus : …… Commune : ……

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	☐	☐	☐	☐
SOIR	☐	☐	☐	☐

RAPPEL : Cette fiche ne vaut pas inscription pour les transports !
Votre enfant doit être en mesure de présenter sa carte de transport scolaire.
La demande se fait sur Le site internet : mes-transports.laregion.fr

Pour tout changement occasionnel :
→ merci d'utiliser le carnet de liaison de votre enfant ou appeler directement l'école.

POUR TOUTE AUTRE DEMANDE RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE COMMUNE

Service Périscolaire et restauration scolaire

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret

Tél : 04.68.21.20.66. www.vallespir.com

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez à (A) : **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS Services scolaires** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS** 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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal / ville :

DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

Identification internationale de la banque :

Iban :

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom :

Adresse :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

DESIGNATION DU CREANCIER

MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS

14 AVENUE DU VALLESPIR 66480 MAUREILLAS LAS ILLAS

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA : FR85ZZZ81EF4B

Date et Signature du titulaire du compte à débiter

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS pour le paiement des factures du restaurant scolaire et /ou des études surveillées.**

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque et je réglerai le différend directement avec la MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS.

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.