

La Communauté de communes des Aspres

Nom (enfant) :

Prénom :

Village :

Classe :

Dossier à retourner avant le 29 Juin 2018
à la Communauté de Communes des Aspres

DOCUMENTS À FOURNIR

- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile
(à communiquer dès réception)
- Photocopie vaccins
- Justificatif de travail / contrat, bulletin de paye...

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE
2018 / 2019

COCHER LE(S) ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉE(S)

- Restauration Scolaire**
- Périscolaire matin et soir** (écoles primaires de Thuir)
- ALSH - Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires**
-  **PAI / Allergie**

Pour le service garderie (maternel), vous rapprocher de la mairie



BANYULS DELS ASPRES - BROUILLA - CAIXAS - CALMEILLES - CAMÉLAS
- CASTELNOU - FOURQUES - LLAURO - MONTAURIOL - OMS - PASSA
- SAINT JEAN LASSEILLE - SAINTE COLOMBE DE LA COMMANDERIE -
TERRATS - THUIR - TORDÈRES - TRESSERRE - TROUILLAS - VILLEMOLAQUE

Notre site est à votre disposition pour toutes informations :
www.cc-aspres.fr

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Age :

École : Classe :
N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :
N° CAF :
Ou MSA :


SI MATERNELLE PRÉCISER :

- Petite section
- Moyenne section
- Grande section

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom Parent 1 :
Prénom :
Adresse :

Nom Parent 2 :
Prénom :
Adresse :


 :
 :
 :

 :
 :
 :







Profession :
Employeur : 

Profession :
Employeur : 

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom :	Nom :	Nom :
lien de parenté :	lien de parenté :	lien de parenté :
 :	 :	 :
 :	 :	 :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (si différents)

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
lien de parenté :	lien de parenté :	lien de parenté :
 :	 :	 :
 :	 :	 :

AUTRES AUTORISATIONS

Cocher la case utile

• DROIT À L'IMAGE :

- J'autorise** **Je n'autorise pas**

la Communauté de Communes des Aspres à utiliser l'image de mon enfant dans **le cadre des activités de la restauration scolaire, ALSH ou Les Mercredis** et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.

• PARTICIPATION DE L'ENFANT :

- J'autorise** **Je n'autorise pas**

l'enfant désigné à participer à toutes les activités et sorties des mercredis, l'Accueil de Loisirs ou de la Restauration scolaire.

• COMMUNICATION DES SERVICES :

- J'autorise** **Je n'autorise pas**

les services de la Communauté de Communes des Aspres à transmettre par courriel ou sms toute information **hors service Enfance** (tourisme, déchets, eau et assainissement...)

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la Communauté de Communes des Aspres :

www.cc-aspres.fr ou sur demande aux services.

- Restauration scolaire
- Périscolaire
- Accueil de Loisirs

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s)

le

Certifie l'exactitude des infos ci-dessus

Date et signature :

J'INSCRIS L'ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tarif : se renseigner auprès de votre mairie
ou la Communauté de Communes des
Aspres ou sur cc-aspres.fr

Inscription «forfait» pour toute l'année scolaire / 4 jours, possible jusqu'en décembre inclus

ou

Inscription «dérogatoire» à jours fixes : lundi mardi jeudi vendredi (cocher les jours à réserver)

Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription
Demande faite pour le motif suivant :

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

Attention : la dérogation est accordée pour une année scolaire complète

Demande d'inscription à compter du :

Date et Signature d'un élu :

Accordée Refusée



SI ALLERGIE ALIMENTAIRE LES PARENTS INFORMENT L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE AFIN DE METTRE EN PLACE UN PROJET ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI). RENSEIGNER IMPÉRATIVEMENT LA RUBRIQUE «ALLERGIE» DE LA FICHE SANITAIRE EN PAGE SUIVANTE. AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ HORS PAI.

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

- Matin avant la classe : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

- Après-midi après la classe : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Tarif : Péricolaire se renseigner à la Communauté de Communes des Aspres

J'INSCRIS L'ENFANT LES MERCREDIS

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'Accueil de Loisirs pour les Mercredis :

- Inscriptions journée complète

oui non

- Inscriptions à la demi-journée avec repas

oui non

- Inscriptions à la demi-journée sans repas

oui non

J'autorise mon enfant à rentrer seul oui non

Tarif : se renseigner auprès de la Communauté de Communes des Aspres

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ALSH

S'adresser au service enfance pour toutes les inscriptions aux Accueils de Loisirs pour les vacances scolaires au 04 68 53 73 63 ou au siège de la Communauté de Communes des Aspres.

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 7 jours avant chaque période.

J'autorise mon enfant à rentrer seul oui non

MODALITÉS DE RÈGLEMENT :

Mode de paiement :

- **Par internet** : cc-aspres.fr (identifiants à l'espace famille, communiqués sur votre facture)
- **Par prélèvement automatique** : joindre un **RIB, Mandat SEPA et Règlement PA** complétés à retourner
- **Par chèque libellé** à l'ordre de « Régie service famille » à envoyer à la Communauté de Communes
- **En espèces** : en mairie ou à la Communauté de Communes des Aspres
- **Par CESU** : uniquement pour les ALSH

Vos factures sont disponibles sur l'Espace Famille du site cc-aspres.fr.

Vos identifiants « code famille » et « mot de passe » sont indispensables pour vous connecter sur votre espace sécurisé.

Ils sont inchangés pour les familles inscrites les années précédentes.

Pour les nouveaux inscrits, renseignez-vous auprès de nos services au 04 68 53 21 87 au cours du 1^{er} mois d'inscription.

**Pensez ECOlogie & ECONomies: n'imprimez que si nécessaire.
Si vous optez pour recevoir vos factures par courrier postal,
veuillez vous adresser à la Communauté de Communes des Aspres**

Nom (enfant) : Prénom :
Classe :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il **un traitement médical**

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 administré

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

• RUBÉOLE oui non
• VARICELLE oui non
• ANGINE oui non
• RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui non
• SCARLATINE oui non

• COQUELUCHE oui non
• OTITE oui non
• ROUGEOLE oui non
• OREILLONS oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non
AUTRES :



PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE 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 lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, habitudes alimentaires etc...

ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP



SCOLARISATION : ECOLE INSTITUTION (IME, IEM, IES, ITEP...) A DOMICILE

• **Dispositif :** AUCUN AVS ULIS SAPAD AUTRES

Nom de l'Ecole ou de l'Institution :

• **Type de Suivi :** AUCUN PMI CAMSP CMP CMPP HÔPITAL DE JOURS SESSAD AUTRES

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (Mme/M.) responsable légal de l'enfant
en classe de école de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date et signature :