



DOSSIER UNIQUE

INSCRIPTIONS AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES et CANTINE

2020-2021

*Attention, pour être certain que votre enfant puisse être accueilli dès le jour de la rentrée, et sur les jours que vous souhaitez, vous devez impérativement faire parvenir le présent dossier à la direction du Centre de Loisirs avant le **4 Septembre 2020***

ECOLE DE CAPENDU

MATERNELLE

ELEMENTAIRE

Choix concernés par le dossier d'inscription

- Cantine
- TAP (16h15-17h00)
- Garderie matin (7h30-9h00)
- Garderie soir (17h00-18h30)
- AL du Mercredi (12h00-18h30)

Enfant

Merci de remplir un dossier par enfant

NOM :Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Niveau de classe 2020-2021:

Responsables du foyer de l'enfant

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Vie maritale Veuf(ve) Célibataire

Responsable du foyer	Responsable du foyer
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....
Date de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse	Adresse
Ville	Ville
Tél. fixe	Tél. fixe
Tel mobile	Tel mobile
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession	Profession
Nom employeur.....	Nom employeur.....
Tél.travail.....	Tél.travail.....

N° allocataire CAF : **Quotient CAF :**

Inscription à la cantine

Choix d'un menu, pour toute l'année scolaire (aucune modification en cours d'année)

Ne cocher qu'une seule case.

Menu « STANDARD »

Menu « SANS PORC »

Menu « SANS VIANDE »

Choix des jours : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Ces choix sont valables pour toute l'année. Ils serviront de base pour la facturation.

Pour connaître les tarifs, se référer à la grille tarifaire en fonction de votre quotient CAF.

Allergie alimentaire : Oui Non

Si oui, préciser l'allergie :

.....

Toute allergie alimentaire doit obligatoirement être signalée à la direction du centre de loisirs. L'inscription à la cantine ne pourra se faire qu'après avis médical, puis validation de l'accueil de l'enfant par la direction du centre de loisirs. Pour les enfants dont l'allergie alimentaire sera vérifiée, le panier repas fourni par les parents est la seule modalité d'accueil possible, quelle que soit l'allergie de l'enfant.

Les inscriptions seront vérifiées chaque mois par l'intermédiaire d'un formulaire que vous devrez renvoyer.

Inscription au TAP

Chaque enfant a droit à un temps d'activités périscolaire gratuit de 16h15 à 17h (à condition de s'inscrire) .

Merci donc de cocher les jours d'inscription souhaités : ces choix sont valables pour toute l'année.

Ne cocher qu'une seule case par jour.

LUNDI <input type="checkbox"/> pas de TAP, sortie à 16h15 <input type="checkbox"/> TAP, sortie à 17h00 <input type="checkbox"/> accueil périscolaire, sortie à 18h30	MARDI <input type="checkbox"/> pas de TAP, sortie à 16h15 <input type="checkbox"/> TAP, sortie à 17h00 <input type="checkbox"/> accueil périscolaire, sortie à 18h30
JEUDI <input type="checkbox"/> pas de TAP, sortie à 16h15 <input type="checkbox"/> TAP, sortie à 17h00 <input type="checkbox"/> accueil périscolaire, sortie à 18h30	VENDREDI <input type="checkbox"/> pas de TAP, sortie à 16h15 <input type="checkbox"/> TAP, sortie à 17h00 <input type="checkbox"/> accueil périscolaire, sortie à 18h30

Les inscriptions seront vérifiées chaque mois par l'intermédiaire d'un formulaire que vous devrez renvoyer.

Mode de règlement pour la restauration et le périscolaire

Afin de faciliter vos démarches, la direction du Centre de Loisirs vous propose de régler vos factures par :

- Cheques
- Espèces
- Tickets CESU
- Cheque ANCV
- Virement bancaire

Si vous êtes intéressé par le virement bancaire, vous devrez demander le RIB de l'association auprès de la direction.

Communication

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e),

Autorise gracieusement la publication d'images et vidéos de mon enfant dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site Internet de la Ville, films, affiches, expositions...).

La ville s'engage à ne pas en faire d'usage commercial.

N'autorise pas la publication d'images et vidéos de mon enfant.

Fait à :le / / Signature(s)

Signature obligatoire

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande et sur la fiche sanitaire de mon enfant.

N'oubliez pas de signaler au cours de l'année à la direction de l'ALAE toute modification intervenue dans votre situation (changement d'adresse, composition familiale, ressources...)

Fait à, le / /

Signature des responsables légaux :

Documents à fournir

Pour toute inscription, veuillez obligatoirement fournir les photocopies des pièces justificatives suivantes :

- Dossier d'inscription dûment rempli et signé
- Fiche sanitaire ci-jointe dûment remplie et signée
- Attestation de quotient CAF
- Justificatif de domicile (facture EDF, quittance de loyer, etc...)
- Attestation d'assurance au nom de l'enfant pour l'année 2019-2020 mentionnant « responsabilité civile vie privée » et « individuelle accident » pour les activités périscolaires
- photocopie de la page des vaccins du carnet de santé (D.T.P. à jour obligatoire) pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018. Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 (11 vaccins obligatoire)

Dossier complet à faire parvenir par courrier à :	ou à déposer :
Mairie de Capendu Service Enfance Jeunesse Place de la Mairie 11700 Capendu	Centre de Loisirs de Capendu Chemin des Pauvres 11700 Capendu 04.68.79.17.47 Jusqu'au 3 Juillet et à partir du 25 Août 04.68.79.17.47 gvilain@capendu.fr

Tout dossier incomplet sera retourné à la famille et l'inscription ne sera pas prise en compte.

La demande d'inscription pour l'année 2020-2021 ne sera prise en compte que si la famille est à jour de tous ses règlements des années précédentes.

FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRE

Enfant

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Niveau de classe 2020-2021:

Représentant légal :

Nom.....Prénom.....

Tél :

Modalités de sortie du TAP

Je soussigné(e),

Représentant légal du mineur.....

AUTORISATION DE SORTIE POUR LE RETOUR AU DOMICILE

Attention : dans les deux cas indiqués ci-dessous, si vous répondez oui, vous dégagez le FCL de Capendu et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité, une fois que l'enfant est sorti de l'établissement

- J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil, en fin d'activité, pour se rendre à son domicile (élèves d'élémentaire uniquement) Oui Non

- J'autorise mon enfant à être récupéré par son grand frère/sa grande sœur

Oui Non

OU DESIGNATION DE PERSONNES HABILITEES MAJEURES

- Je n'autorise pas mon enfant à quitter l'école sans être accompagné d'une personne majeure que j'ai expressément autorisé

Oui Non

*Dans ce cas, j'indique ci-dessous les personnes habilitées à prendre en charge mon enfant à la sortie du périscolaire. L'enfant sera remis à la personne **majeure** désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les responsables périscolaires par téléphone en cas d'imprévu.*

Nom Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Venir chercher les enfants	Être prévenue en cas d'urgence
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Renseignements médicaux

Médecin traitant :

Nom :

Numéro de téléphone :

Vaccinations :

Joindre une copie des pages vaccins du carnet de santé de l'enfant : le vaccin D.T.P. (diphtérie Tétanos Poliomyélite) est obligatoire et doit être à jour (renouvellement tous les 5 ans).

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en Collectivité, et réaliser la vaccination manquante dans un délai de 3 mois.

Traitement médical :

L'enfant a-t-il une maladie chronique ? Oui Non

Si oui, Lequel ?

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, Lequel ?

Maladies :

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

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	---

Rhumatisme articulaire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes Oui Non
- des prothèses dentaires Oui Non
- des prothèses auditives Oui Non
- autres :

SI VOTRE ENFANT :

- présente des allergies (alimentaires, médicamenteuses, asthme, etc.)
- bénéficie actuellement d'un PAI (protocole d'accueil individualisé)
- présente des difficultés de comportement ou d'autonomie
- est porteur d'un handicap
- ou toute autre situation nécessitant une prise en charge particulière de votre enfant sur les temps périscolaires

VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs périscolaire de votre école (hors vacances scolaires), pour organiser l'accueil de votre enfant de manière individualisée.

Autorisation parentale

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant

- déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésie, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

- m'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille.

Date : Signature :