



# Ville d'HERBIGNAC

## Fiche d'inscription année scolaire 2018/2019

**Accueil périscolaire / Temps péri éducatif (TPE)**

**ALSH Kerloupiots / Restauration scolaire**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Etablissement scolaire :

Ecole Marie PAPE-CARPANTIER

Ecole René Guy CADOU

Ecole Sainte Marie

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

Classe à la rentrée 2018 : \_\_\_\_\_

Un Projet d'Accueil Individualisé est-il mis en place auprès de l'établissement scolaire (P.A.I) ? oui  non   
(si oui joindre une copie du P.A.I)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

#### MERE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

#### PERE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## **SITUATION FAMILIALE DES PARENTS DE L'ENFANT**

Mariés  Concubinage  Célibataire  Pacsés  Veuf (ve)  Divorcés  Séparés

- En cas de divorce, qui exerce l'autorité parentale <sup>(1)</sup> (non la garde) :

Les deux  Père  Mère

(1) Si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

- En cas de divorce, quel est le mode de garde :

Résidence habituelle chez le père  / Résidence habituelle chez la mère  / Résidence alternée

En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil, ...) :

Nom et prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....



## **PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Les personnes suivantes sont **autorisées à récupérer mon enfant** en cas d'urgence et/ou après les différentes activités.

NOM / Prénom	Téléphone	En qualité de	En cas d'urgence	A la fin de l'activité
			Cocher la case	Cocher la case
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **DROIT à L'IMAGE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (père, mère, tuteur),

Responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

**autorise** mon enfant à apparaître sur des photos sur le temps scolaire et/ou sur les temps périscolaires  
→ J'autorise la publication de photographies sur laquelle apparaît l'enfant à **l'intérieur de l'école ou du service éducatif de la ville** (panneaux d'affichage).

→ J'autorise la publication de photographies sur laquelle apparaît l'enfant à **l'extérieur de l'école ou du service éducatif de la ville** (CD-Rom, journal local, reportage, choisis pour leur sérieux). Les légendes des photos ne comporteront pas de renseignements susceptibles d'identifier l'élève ou sa famille.

**n'autorise pas** mon enfant à apparaître sur des photos sur le temps scolaire et/ou sur les temps périscolaires



## **INFORMATION POUR LA FACTURATION**

Régime d'Allocation :  CAF  MSA, merci de joindre une attestation

SNCF  Autres

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_ N° Allocataire : \_\_\_\_\_

Le Conseil Municipal a validé dans sa séance du 12 janvier 2018, la revalorisation des tarifs communaux, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Pour les accueils périscolaires et l'Alsh, le calcul se fera selon le système d'un taux d'effort. Ce dispositif préconisé par la CAF correspond à un coefficient appliqué au quotient familial, il tient compte des revenus, de la composition de la famille et des prestations perçues.

Ainsi, le tarif est propre à chaque famille et proportionnel aux ressources :

➤ **Accueil périscolaire (tarification au ¼ d'heure) :**

	Taux d'effort	Tarif Minimum	Tarif Maximum
Tarif horaire	0,24%	1,15 €	3,90 €

➤ **Alsh Kerloupots**

	Taux d'effort	Tarif Minimum	Tarif Maximum
Tarif Journée	1,97%	11,00 €	23,00 €
Tarif 1/2 journée	1%	5,50 €	11,50 €

	Montant
Tarif petit déjeuner	0,60 €
Tarif du repas si 1/2 journée Matin ou Après midi	3,40 €
Tarif supplémentaire si sortie nécessitant un transport	4,00 €

**Exemple : Pour une famille ayant un quotient de 857€ :**

APS :  $857 \text{ €} \times 0,24 \% = 2,06 \text{ €}$  de l'heure soit 0,52 € le quart d'heure

ALSH :  $857 \text{ €} \times 1,97 \% = 16,89 \text{ €}$  la journée avec repas

➤ **Restauration Scolaire – tarif unique**

Tarif repas maternel : 3.35 €

Tarif repas élémentaire : 3.40 €

**Le tarif maximum sera automatiquement appliqué aux familles qui ne fourniront ni numéro d'allocataire ni attestation précisant le quotient familial émanant de l'organisme.**

**Document à joindre au dossier :**

- La photocopie de l'assurance extrascolaire (responsabilité civile, individuelle accidents corporels)

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier d'inscription et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, consultable sur le site internet de la ville.**

le \_\_\_\_\_

Signature

TOURNER SVP



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	NOM.....
	PRENOM.....
	DATE DE NAISSANCE.....
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Ecole : .....	

**Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)** OUI       NON   
 (si oui joindre la copie du P.A.I)

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Les photocopies ne seront pas acceptées).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**3 - L'ENFANT A-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE 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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON       MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON       AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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.**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, UN APPAREIL DENTAIRE, ETC. ? PRECISEZ :

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

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
 .....

TEL :

DOMICILE..... TRAVAIL.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

.....

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :