

Territoire de Brumath

**Dossier d'inscription des accueils de loisirs
périscolaires 2017/2018**

Nom de l'enfant				
Prénom de l'enfant				
Date de naissance de l'enfant				
Ecole fréquentée en 2016/2017				

Cadre réservé à l'administration	
Date de dépôt du dossier	
N° d'ordre	

Documents à joindre au dossier :

- Fiche information famille
- Fiche enfant
- Une photo par enfant (une photo récente est obligatoire, elle peut être scannée)
- Fiche sanitaire de liaison par enfant jointe dûment complétée, datée et signée.
- Photocopie des pages du carnet de santé correspondant aux vaccinations
- Numéro CAF ou avis d'imposition
- Le cas échéant demande d'adhésion au prélèvement automatique
- Attestation de l'employeur pour les familles dont les emplois sont à horaires variables
- Planning de présence
- En cas de divorce et garde alternée, copie du jugement de divorce
- Assurance (photocopie) : document à produire en septembre 2017**

Attention, tout dossier incomplet ne pourra être traité.

INFORMATIONS RELATIVES AU QUOTIENT FAMILIAL

Vous êtes allocataire :	N° d'allocataire
<input type="radio"/> CAF (7 chiffres et 1 lettre)
<input type="radio"/> MSA (INSEE du Père)
 (INSEE de la Mère)
<input type="radio"/> Autre régime :

Votre quotient familial (cocher la bonne case)

de 0 à 680	de 681 à 950	de 951 à 1250	de 1251 à 1500	De 1501 à 2000	2001 et +

CAF PRO

Si vous êtes allocataire CAF, cette rubrique vous concerne :

La Communauté d'Agglomération de Haguenau et la Caisse d'Allocations Familiales du Bas-Rhin ont signé une convention de service qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé CAFPRO.

Autorisez-vous le ou la responsable de l'accueil périscolaire à prendre en compte les revenus de votre dossier Allocataire CAF ? Oui Non

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, pour bénéficier d'un tarif adapté à vos revenus et à votre situation familiale, la production de justificatifs est obligatoire.

FACTURATION

Le payeur est: La mère le Père Autre

Nom et Prénom	
Adresse	
Courriel	

REGLEMENT INTERIEUR et TARIFS

Je soussigné (e),

Père Mère Représentant légal Madame Monsieur

Déclare être en possession du règlement intérieur adopté par le bureau de la Communauté d'Agglomération de Haguenau le 20 février 2017, avoir pris connaissance de ce règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Déclare être en possession et avoir pris connaissance des tarifs appliqués depuis le 1^{er} janvier 2017 et m'engage à les respecter.

Je soussigné(e)

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des informations ci-dessus et atteste de l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier.

Fait à _____, le _____

Signature :

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

(Remplir le document en majuscule)

	Responsable 1	Responsable 2
Cocher la case correspondante	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Représentant légal	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Représentant légal
Nom		
Prénom		
Situation de famille		
Date et lieu de naissance		
Adresse complète		
Code postal et ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Courriel		
Profession		
Employeur		
Tél. professionnel		
Nombre d'enfants à charge		

Territoire de Brumath
**Dossier d'inscription des accueils de loisirs
périscolaires 2017/2018**
Fiche de renseignement enfant
(Une fiche par enfant est à compléter.)

Nom	
Prénom	
Sexe	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Date de naissance	
Ecole fréquentée en 2017/2018	
Niveau en 2017/2018	
Périscolaire fréquenté en 2017/2018	<input type="radio"/> Les Malicieux (<i>Brumath</i>) <input type="radio"/> Les Vergers (<i>Krieghseim/Rottelsheim</i>) <input type="radio"/> Mommenheim <input type="radio"/> La Rose des Vents (<i>Donnenheim</i>)
L'enfant habite chez	<input type="radio"/> ses parents <input type="radio"/> son père <input type="radio"/> sa mère <input type="radio"/> son tuteur <input type="radio"/> sa tutrice <input type="radio"/> Autre (préciser) :
Autorisation du droit à l'image	<input type="radio"/> autorise <input type="radio"/> n'autorise pas
Autorisation de sortie seul	<input type="radio"/> autorise (+6ans) <input type="radio"/> n'autorise pas (<i>voir liste page 2</i>)

Cadre réservé à l'administration	
Date de dépôt du dossier	
N° d'ordre	

Attention, tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Entourage de l'enfant

(Remplir si autre que les représentants légaux)

Nom	Prénom	Liens avec l'enfant	N° téléphone	Autorisé à chercher l'enfant	A contacter en cas d'urgence

Présences de l'enfant

1. Accueil périscolaire :

Accueil	Fréquentation régulière					Planning ¹	Dépannage
	Lundi	Mardi	Mercredi ²	Jeudi	vendredi		
Matin							
Midi							
Soir jusqu'à 17h00							
Soir jusqu'à 18h30							
Après-midi 13h30 à 18h30							

- ➔ Mettre une croix dans la(es) case(s) correspondante (s) pour indiquer la(les) période (s) de présence(s) de l'enfant.
- ➔ ¹ Prévoir un planning prévisionnel d'accueil au moment de l'inscription.
- ➔ ² **Le Décret n° 2014-1320 du 3 novembre 2014 modifiant les articles R. 227-1 et R. 227-16 du CASF ne différencie plus l'accueil périscolaire à l'accueil de loisirs du mercredi. Une tarification adaptée à l'accueil du mercredi après-midi est toutefois appliquée.**

Fait à, le

Signature des parents (ou tuteurs) :

ACCUEILS DE LOISIRS PERISCOLAIRES
MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat,

- vous adhérez au prélèvement automatique à l'échéance de la facture **mensuelle** de l'accueil périscolaire pour votre ou vos enfant(s)
- vous autorisez LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMERATION DE HAGUENAU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMERATION DE HAGUENAU.

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.

En cas de changement de compte bancaire, vous transmettez un nouveau RIB à la Communauté d'Agglomération de Haguenau.

En cas de litige sur un prélèvement, vous pourrez faire suspendre l'exécution par simple demande à votre banque. Vous réglerez le différend directement avec LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMERATION DE HAGUENAU.

Le prélèvement est reconduit automatiquement jusqu'au moment de sa dénonciation par simple lettre.

**Identifiant créancier
SEPA**

FR 77 ZZZ 477 125

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Communauté d'Agglomération de Haguenau Territoire de Brumath 4 rue Jacques Kablé 67171 BRUMATH CEDEX
Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant)	
Nom du tiers débiteur :	

Type de paiement :	<input type="checkbox"/> Récurrent/répétitif	<input type="checkbox"/> Ponctuel
--------------------	--	-----------------------------------

Désignation du compte à débiter	
IBAN	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Signé à :
Le __/__/____

Signature :



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance

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

RUBÉOLE	VARICELLE		ANGINE		RUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE		
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
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"/>
COQUELUCHE	OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS				
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"/>		

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARCÉLISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU

D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES