

INFORMATION DE PRÉINSCRIPTION EN ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES TERRITOIRE DE BRUMATH

Le dossier de préinscription dûment complété et accompagné des justificatifs demandés est obligatoire pour l'accueil de votre enfant en accueil de loisirs périscolaire.

Tout dossier incomplet, sera refusé.

3 types d'inscriptions en accueil de loisirs périscolaire :

	Contrat régulier	Contrat planning	Contrat ponctuel
Définition	Accueil fixe de 1 à 5 jour(s) par semaine selon un calendrier.	Accueil selon un planning (s'adresse aux familles dont les 2 parents travaillent en horaires postés, sur présentation d'un justificatif de leur employeur respectif).	Accueil de dernière minute sous réserve de place disponible.
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Contrat défini en début d'année</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Planning à transmettre au plus tard le 20 du mois qui précède et en dehors des vacances scolaires</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ajout de présence:</u> Dans la mesure du possible, au plus tard le MERCREDI SOIR pour la semaine suivante, sous réserve de place disponible.
<p><u>Absences non facturées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - maladie de l'enfant sous présentation d'un certificate medical (délai de carence d'un jour), - grève à l'école, - sortie scolaire à la journée, - cas de force majeure. <p><u>Retrait de présence:</u> lorsqu'une présence a été validée, aucun changement ne pourra être pris en compte et toute absence sera facturée.</p>			

DEMANDE DE PRÉINSCRIPTION EN ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES TERRITOIRE DE BRUMATH

Année 2021/2022

Périscolaire :

L'ENFANT (un formulaire à remplir par enfant)

Nom : Prénom : Sexe : Masculin - Féminin

Date de naissance :/...../.....

L'enfant réside : chez les parents chez le père chez la mère chez ses tuteurs

Maternelle : petite section - moyenne section - grande section

Elémentaire : CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Nom de l'école fréquentée 2021/2022 :

LES REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT

	Représentant 1	Représentant 2
Nom		
Prénom		
Lien avec l'enfant		
Adresse		
Portable		
Email		
Informations fiscales (figurant sur l'avis d'imposition 2020 sur les revenus de 2019) :	N° fiscal :	N° fiscal :
	Référence du document :	Référence du document :

Renseignements

L'ENTOURAGE DE L'ENFANT

	Personne n°1	Personne n°2	Personne n°3	Personne n°4
Nom				
Prénom				
Lien avec l'enfant				
Adresse				
Portable				
À prévenir en cas d'urgence	<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
Est autorisé à chercher l'enfant	<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

❖ **CONTRAT SOUHAITE** : (cf information des types de contrats)

- Régulier
- Planning
- Dépannage

❖ **PRESENCES EN ACCUEIL PERISCOLAIRE** : cochez selon vos besoins

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 7h					
Midi					
Après-midi >18h30					
Soir > 18h30					

❖ **REGIME ALIMENTAIRE AU CHOIX** (valable pour tous les repas de toute l'année scolaire) :

- menu STANDARD (5 composants dont 1 protéine animale)
- menu VEGETARIEN (5 composants dont 1 protéine végétale).



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	DATE DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
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	RUBÉOLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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 PRÉCISANT 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

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

Autorisation de sortie

Si Aucune information spécifique n'est précisée par les parents au responsable périscolaire, l'enfant d'âge élémentaire peut quitter seul l'établissement où se déroulent les activités périscolaires. Dans le cas contraire, les parents doivent spécifier par écrit au responsable périscolaire les conditions de départ de l'enfant. Pour rappel un enfant d'âge maternel ne peut être cherché que par une personne majeure.

L'enfant :

Nom : Prénom : Sexe : Masculin - Féminin

Date de naissance :/...../.....

Déclarations du ou des responsable(s) légal(aux)

Je soussigné(e) Mme ou M. :

Autorise mon enfant à partir seul des activités périscolaires en accueil du soir

Oui

Non

Autorise mon enfant à partir seul des activités extrascolaires du mercredi

Oui

Non

Autorise le responsable périscolaire à faire appel aux services d'urgences médicales si la santé de mon enfant le nécessite ou en cas d'accident.

Oui

Non

Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement des accueils de loisirs périscolaires du Territoire de Brumath lors de la signature du contrat.

Oui

Non

M'engage à régler les factures mensuelles du service périscolaire

Oui

Non

Souhaite recevoir des informations sur mon adresse électronique afin de rester informé en cas de grève, d'information urgente, sur la vie de l'accueil de loisirs périscolaire.

Oui

Non

Assurance

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom de la compagnie:

Numéro de police:

Je (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement la Direction de l'Éducation et de l'Enfance de la Communauté d'Agglomération de Haguenau, Territoire de Brumath de toute modification.

Fait à

, le

Signature(s) de(s) parent(s)

Acte de cession de droits à l'image d'une personne physique

(Autorisation à remplir obligatoirement pour l'enfant et les parents s'il participe aux manifestations de l'accueil de loisirs périscolaire)

Je soussigné(e) Mme ou M. :
tuteur légal de (nom et prénom de l'enfant)
demeurant:

Déclare autoriser la Communauté d'Agglomération de Haguenau à fixer, reproduire et communiquer les photographies ou vidéos me représentant ou représentant mon enfant,

dans le cadre des activités proposées sur l'ensemble des temps de loisirs périscolaires, au titre de l'article 9 du code civil, et dans les conditions et limites suivantes:

Destination	Communication des activités proposées en temps d'accueil de loisirs périscolaires
Exploitation	Cession pour toute exploitation sur l'espace numérique de l'accueil de loisirs périscolaire (groupe Facebook fermé), et sur tout autre support papier, électronique ou vidéo diffusé au sein de la structure périscolaire fréquenté par mon enfant.
Durée de la cession	La cession est effective pour une durée de 5 ans à compter de la signature du présent document.
Gratuité	Cette cession est réalisée à titre gracieux, et aucune rémunération ne pourra être demandée.

M'engage à ne diffuser ni les codes d'accès aux espaces numériques proposés, ni les photos/vidéos sur aucun autre support.

Les photographies et vidéos seront exploitées et utilisées directement par la Communauté d'Agglomération de Haguenau. Elles ne seront utilisées que de manière valorisante.

Identité du représentant 1 : Date : Signature :	Identité du représentant 2 : Date : Signature :
--	--

où

Identité du représentant légal : Date : Signature :

**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 au service d'accueil de loisirs 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 2 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 :

Engagements des Parents

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler tout changement (situation professionnelle, familiale) au service des Affaires Educatives où j'ai effectué ma demande.

Il est rappelé que l'utilisateur qui emploie un faux nom ou un faux état civil dans un acte public ou un document administratif destiné à l'autorité publique, qui produit une attestation ou un certificat falsifié, encourt les peines prévues aux articles L.433-19 et L.441-7 du code pénal.

Brumath, le

Signature du / des parent(s)

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER	CADRE RESERVE AU SERVICE
• Copie du justificatif de domicile (facture de moins de 3 mois, bail de location, acte de vente,...)	
• Copie des pages du carnet de santé correspondant aux vaccinations	
• En cas de séparation des parents, joindre un justificatif fixant la résidence principale de l'enfant, ainsi que le calendrier de garde alternée.	
• Attestation de travail ou de recherche d'emploi des parents	
• En cas de contrat au planning, joindre une attestation de l'employeur respectif de chaque parent justifiant que chacun travaille en horaire variable	
• Fiche sanitaire de liaison	
• Si vous souhaitez y adhérer, une demande d'adhésion au prélèvement automatique ainsi qu'un RIB	

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Service des Affaires Educatives
Maison de la Communauté
2 rue Jacques Kablé – 67170 BRUMATH
Tél. : 03 90 29 13 29
Mèl : affaires.educatives.brumath@agglo-haguenau.fr