

**Inscription administrative aux services périscolaires :**

- Accueil périscolaire matin (APS)

- Restaurant scolaire et à la pause méridienne,

- Accueil périscolaire soir.

Madame, Monsieur,

Afin de procéder à l’inscription administrative de votre enfant aux services, je vous invite à retourner ce dossier administratif rempli et signé au bureau de la direction de l’APS avant le 5 juillet 2019.

L’inscription administrative de votre enfant sera acceptée que si le dossier est dûment complété avec toutes les pièces jointes et signées.

Les réservations journalières aux différents services devront se faire ensuite et par vos soins, sur « le portail citoyen » (<https://portail.berger-levrault.fr/5957/accueil>) dans un délai de 7 jours maximum à compter du 26 août 2019.

Vous remerciant par avance de votre compréhension.

Bien cordialement,

Nota : Pour tout renseignement relatif au transport scolaire, je vous remercie de contacter Madame Chantal BOTELLA au 05.56.21.21.62.

Virginie SIRAC

Directrice de l'Accueil Périscolaire

2, rue de Verdun

33360 CARIGNAN DE BORDEAUX

Tél : 05.56.31.12.49 / Tél : 06.12.12.73.69

aps@carignandebdx.fr

Horaires d’ouverture des bureaux de l’accueil périscolaire :

Les mardis et jeudis de 9h à 11h et sur rendez-vous au 05.56.31.12.49.

En dehors de ces horaires, les locaux sont fermés au public.

Constitution du dossier *(document à envoyer par mail si possible)*

- Dossier d’inscription

- Pages de vaccinations

- Justificatif CAF / MSA

- Attestation d’assurance en responsabilité civile

- Attestation d’assurance maladie

- Dernier avis d’imposition ou foyer ou des 2 parents

- Attestations employeurs pour chacun des parents ou de Pôle emploi

**La tarification du restaurant scolaire**

Le tarif de la restauration scolaire comprend le repas ainsi que l’encadrement et la surveillance des enfants avant et après le repas.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

1- le revenu fiscal du foyer de l’année N-1 figurant sur votre avis d’imposition sur le revenu

2- le taux d’effort correspondant au nombre d’enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille ci-après mentionné :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’enfants | 1 | 2 | 3 | 4 et plus |
| Taux d’effort | 0,1042 % | 0,0943 % | 0,0805 % | 0,0649 % |

3- le prix plancher 0,85 € et le prix plafond 5,95 €

**La tarification de l’accueil périscolaire du matin**

Le tarif de l’accueil du matin comprend l’encadrement et la surveillance des enfants.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

1- le revenu fiscal du foyer de l’année N-1 figurant sur votre avis d’imposition sur le revenu

2- le taux d’effort correspondant au nombre d’enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille ci-après mentionné :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’enfants | 1 | 2 | 3 | 4 et plus |
| Taux d’effort | 0,0331 % | 0,0299 % | 0,0256 % | 0,0206 % |

3- le prix plancher 0,50 € et le prix plafond 3,50 €

**La tarification de l’accueil périscolaire du soir**

Le tarif de l’accueil du soir comprend le goûter, l’encadrement et la surveillance des enfants.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

1- le revenu fiscal du foyer de l’année N-1 figurant sur votre avis d’imposition sur le revenu

2- le taux d’effort correspondant au nombre d’enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille ci-après mentionné :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’enfants | 1 | 2 | 3 | 4 et plus |
| Taux d’effort | 0,0539 % | 0,0487 % | 0,0416 % | 0,0335 % |

3- le prix plancher 1 € et le prix plafond 6 €

Pour connaître vos tarifs, n’hésitez pas à contacter le service de l’Accueil Périscolaire.

**RESPONSABLES DE L’ENFANT**

RESPONSABLE 1

NOM – PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………

EN QUALITE DE :……..…………………………………………………………………………………………………..

ADRESSE :……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………...

TELEPHONE(s) : Portable :……………………………..Fixe ……………………………………………………………

ADRESSE MAIL : ……………………………….@...........................................................................................................

PROFESSION : ……………………………………………………………………………………………………..……...

EMPLOYEUR :…………………………………………………………………………………………………………..…

COUVERTURE SOCIALE : CPAM □ MSA (agricole) □ AUTRE □ à préciser ………………………………………………………………………………………………………………………………

N° D’ALLOCATAIRE CAF : ………………………………………………………………………………...……………

RESPONSABLE 2

NOM – PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………

EN QUALITE DE :……..…………………………………………………………………………………………………..

ADRESSE :……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………...

TELEPHONE(s) : Portable :……………………………..Fixe ……………………………………………………………

ADRESSE MAIL : ……………………………….@...........................................................................................................

PROFESSION : ……………………………………………………………………………………………………..……...

EMPLOYEUR :…………………………………………………………………………………………………………..…

COUVERTURE SOCIALE : CPAM □ MSA (agricole) □ AUTRE □ à préciser ………………………………………………………………………………………………………………………………

N° D’ALLOCATAIRE CAF : ………………………………………………………………………………...……………

**FACTURATION**

LA FACTURATION EST A ADRESSER A : RESPONSABLE 1 □ RESPONSABLE 2 □

NOMBRE D’ENFANTS MINEURS DE MOINS DE 18 ANS DANS LE FOYER : ………………………………..

Cadre réservé à l’administration :

- Dossier d’inscription □ - Pages de vaccinations □

- Justificatif CAF / MSA □ - Attestation d’assurance en responsabilité civile □

- Attestation d’assurance maladie □ - Dernier avis d’imposition □

- Attestations employeurs ou de Pôle emploi □

**Inscription au restaurant scolaire et à la pause méridienne.**

NOM – PRENOM de l’enfant …………………………………………………………………………………………

SEXE : féminin □ masculin □

CLASSE (à la rentrée prochaine) : …………………………………………………………………………………………

Date et lieu de naissance : ……………………………………..…A………………………………………………………

AGE : ……………………………………………………………………………………………………………………….

\* INDICATIONS MEDICALES :

- Appareil dentaire : OUI □ NON □

- L’enfant a-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) : OUI □ NON □

Si oui, merci d’indiquer le motif : …………………………………………………………………………………………

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :………………………………………………………………...

- Autre à préciser : …………………………………………………………………………………………………….….

- Nom / Prénom du médecin traitant : ………………………………………Téléphone : ……………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………….…

\* DROIT A L’IMAGE :

J’autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d’animations avec affichage au sein de l’APS et dans le journal de la commune. OUI □ NON □

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………

responsable légal(e) de l’enfant, …………………………………..……………………………………………………..

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

Fait à ……………………………………………………………………………………………………………………….

Le …………………………………………………………………………………………………………………………..

Signatures :

Responsable 1 Responsable 2

**Inscription à l’accueil périscolaire du matin.**

NOM – PRENOM de l’enfant …………………………………………………………………………………………

SEXE : féminin □ masculin □

CLASSE (à la rentrée prochaine) : …………………………………………………………………………………………

Date et lieu de naissance : ……………………………………..…A………………………………………………………

AGE : ……………………………………………………………………………………………………………………….

\* INDICATIONS MEDICALES :

- Lunettes : OUI □ NON □ - Appareil auditif : OUI NON

- Appareil dentaire : OUI □ NON □ - Autorisé.e à faire du sport : OUI □ NON □

- L’enfant a-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) : OUI □ NON □

Si oui, merci d’indiquer le motif : …………………………………………………………………………………………

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :………………………………………………………………...

- Autre à préciser : …………………………………………………………………………………………………….….

- Nom / Prénom du médecin traitant : ………………………………………Téléphone : …………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………

\* DROIT A L’IMAGE :

J’autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d’animations avec affichage au sein de l’APS et dans le journal de la commune. OUI □ NON □

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………

responsable légal(e) de l’enfant, …………………………………..……………………………………………………..

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

Fait à ……………………………………………………………………………………………………………………….

Le …………………………………………………………………………………………………………………………..

Signatures :

Responsable 1 Responsable 2

**Inscription à l’accueil périscolaire du soir.**

NOM – PRENOM de l’enfant …………………………………………………………………………………………

SEXE : féminin □ masculin □

CLASSE (à la rentrée prochaine) : …………………………………………………………………………………………

Date et lieu de naissance : ……………………………………..…A………………………………………………………

AGE : ……………………………………………………………………………………………………………………….

\* **INDICATIONS MEDICALES :**

- Lunettes : OUI □ NON □ - Appareil auditif : OUI NON

- Appareil dentaire : OUI □ NON □ - Autorisé.e à faire du sport : OUI □ NON □

- L’enfant a-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) : OUI □ NON □

Si oui, merci d’indiquer le motif : …………………………………………………………………………………………

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :………………………………………………………………...

- Autre à préciser : …………………………………………………………………………………………………….….

- Nom / Prénom du médecin traitant : ………………………………………Téléphone : …………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………

\* **DROIT A L’IMAGE :**

J’autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d’animations avec affichage au sein de l’APS et dans le journal de la commune. OUI □ NON □

\* **AUTORISATION POUR VOTRE ENFANT A QUITTER SEUL L’APS :** OUI □ NON □

Les autorisations ponctuelles devront impérativement être envoyées par mail (aps@carignandebdx.fr) ou remises en main propre aux animateurs de l’APS. Sans ce document manuscrit, les enfants ne quitteront pas l’établissement sans adulte autorisé.

\* **Personne(s) autorisé(es) à récupérer mon enfant :**

- Nom / Prénom : ……………………………………………...téléphone : ………………………………………………

Lien de parenté : ………………………………………………. A CONTACTER EN CAS D’URGENCE □

- Nom / Prénom : ……………………………………………...téléphone : ………………………………………………

Lien de parenté : ……………………………………………….A CONTACTER EN CAS D’URGENCE □

- Nom / Prénom : ……………………………………………...téléphone : ………………………………………………

Lien de parenté : …………………………………………….A CONTACTER EN CAS D’URGENCE □

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………

responsable légal(e) de l’enfant, …………………………………..……………………………………………………..

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

Fait à ……………………………………………………………………………………………………………………….

Le …………………………………………………………………………………………………………………………..

Signatures :

Responsable 1 Responsable 2