



Informations destinées à l'ensemble des usagers déposant une demande d'inscription au service loisirs :

Ce dossier d'inscription vous permet d'inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

– à l'accueil de loisirs, extrascolaire et périscolaire

Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété et accompagné des justificatifs demandés, par voie postale, déposé au secrétariat de Mairie aux heures d'ouverture, à L'ALSH aux heures d'ouverture ou dans la boîte aux lettres de l'ALSH à l'adresse suivante :

Mairie, 49, rue des écoles 87220 AUREIL

Pièce justificatives	Accueil de loisirs
Copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant	X
Copie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations obligatoires et la fiche sanitaire de liaison	X
En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde	X
Copie du passeport loisirs jeunes CAF	X
Dernier avis d'imposition (pour le calcul du quotient familial) ou Attestation CAF ou MSA portant le numéro d'allocataire et le QF	X
Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (vivement conseillée) 2017 - 2018	X
1 seule photo d'identité pour le dossier d'inscription	X

Si votre enfant a déjà fréquenté l'accueil de loisirs et si aucun changement concernant la famille n'est à déclarer, vous pouvez remplir seulement les pages 4,5 et 6 en rajoutant le Nom et prénom de votre enfant en haut à droite de la page 4.

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

I - Quelles sont les modalités d'inscription et de fonctionnement ?

A - Accueil périscolaire et extrascolaire

1 – Inscription

L'inscription à l'accueil périscolaire et extrascolaire est obligatoire avant toute fréquentation.

Pour inscrire votre enfant, il suffit de retourner le présent dossier dûment complété avec les justificatifs demandés à la Mairie. Nous vous conseillons d'inscrire votre enfant même en cas de présence exceptionnel, sans inscription nous ne pourrions pas le prendre en charge.

2 – Fonctionnement

Accueil de loisirs Périscolaire :

L'accueil de loisirs fonctionne en période scolaire

- les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 07h30 à 08h30 et de 15h45 à 18h30.
- Les mercredis de 07h30 à 09h00 et de 12h15 à 18h30

La fréquentation de la structure par votre enfant doit être renseignée sur le dossier d'inscription (page 7 et 8). Vous trouverez le règlement intérieur sur le site internet :

<http://alshlespepitesdor.wixsite.com/alsh> rubrique : Parent

Pour tout renseignement:

ALSH les pépites d'or

Adresse : 49, rue, des écoles 87220 AUREIL

Téléphone : 0638035444

Courriel : alsh@mairie-aureil.fr

B - La tarification et les modalités de paiement

Le temps d'accueil périscolaire (TAP) est un service gratuit pris en charge par la collectivité.

L'accueil de loisirs extra-scolaire et périscolaire sont des services payants.

La tarification est basée sur le quotient familial, celle-ci est calculée à partir de votre avis d'imposition, La carte de quotient familial est à établir au début de chaque année scolaire. Elle détermine le montant de la participation des familles aux centres de loisirs et de vacances, sans celui-ci ou tout autres documents officiel (CAF ou MSA) où figure votre quotient familial, le tarif maximum sera appliqué. Pour connaître le mode de calcul du quotient familial, se référer à l'annexe. Le règlement s'effectue à terme échu pour ce faire une facture sera adressée à chaque famille par le trésor public. Le paiement s'effectue, à la réception de la facture en numéraire ou par chèque à : Trésorerie Limoges Banlieue, 31, avenue Baudin 87000 LIMOGES.

II - Quels justificatifs l'utilisateur doit-il fournir en cas de changement de situation en cours d'année ?

- ✓ Changement de situation familiale: toutes pièces justificatives d'un changement intervenu dans la situation familiale (naissance, mariage, divorce, droit de garde de l'enfant...).
- ✓ Déménagement: fournir un justificatif du mois dans lequel le déménagement est intervenu.

Cadre réservé à l'administration			
Date du dépôt du dossier		Observation	

Nous vous conseillons de garder les deux premières pages ainsi que l'annexe.

Année scolaire 2017 - 2018

Enfant

NOM : Prénom (s) :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Code postal : Commune :

Assurance extrascolaire :

Compagnie :

N° de police :

Représentants légaux

Responsable 1

Mme Mr Nom : Prénom :

Père Mère Tuteur Autre

Autorité parentale : OUI NON

marié(e) pacsé(e) vie maritale divorcé(e) séparé(e) célibataire veuf(ve)

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

@ Courriel :

je souhaite recevoir les programmes d'activité par Mail

je souhaite recevoir un sms de mise à disposition des programmes d'activités sur le n°

Responsable 2

Mme Mr Nom : Prénom :




Père Mère Tuteur Autre

Autorité parentale : OUI NON

marié(e) pacsé(e) vie maritale divorcé(e) séparé(e) célibataire veuf(ve)

Adresse :

Code postal : Commune :

 Domicile :  Portable :  Travail :

@ Courriel :

Retour de l'enfant au domicile après les activités périscolaire et de loisirs

Mon enfant est autorisé à rentrer seul au domicile oui non

Votre enfant prend-il les transports scolaires : oui non

Si non, en dehors des responsables légaux, personnes autorisées à venir le chercher

Nom - Prénoms	Lien de parenté	N° de Telephone

La classe de votre enfant

Maternelle TPS PS MS GS

Elémentaire CP CE1 CE2 CM1 CM2

Autre(s) enfant(s) de la famille

Nom	Prénoms	Date de naissance	Ecole

Informations relatives à la facturation

Redevable (personne qui règle la facture)

	ALSH extra-scolaire	ALSH périscolaire
Responsable 1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Responsable 2	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Organisme qui verse les prestations familiales

CAF Nom et prénom allocataire CAF 87 :

Numéro allocataire :

Numéro passeport Jeune :

J'autorise la commune d'Aureil à recueillir les informations me concernant auprès de la CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux réductions de tarifs et de simplifier mes démarches.

MSA Nom et Prénom de l'assuré :

N° de matricule de l'assuré :

Inscription à l'accueil de loisirs périscolaire

Cocher les créneaux des temps périscolaires souhaités

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Accueil du matin – 7h30 à 8h30 ou 9h00 le mercredi (payant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps d'accueil périscolaire – 15h45 à 16h30 (gratuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps libre encadré – 16h30 à 17h30 (payant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités périscolaire – 16h30 à 18h30 (payant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi après-midi – 12h15 à 18h30 (payant)			<input type="checkbox"/>		

Activités payantes : voir la fiche Tarifs disponible sur le site de l'ALSH (attention les tarifs change au 1^{er} septembre) : <http://alshlespepitesdor.wixsite.com/alsh> rubrique : Parent

Attention : une heure commencée est une heure due.

Les programmes d'activités et la fiche de réservation seront disponibles avant chaque période.

Cette inscription vaut acceptation du règlement intérieur de l'ALSH.

Inscription à l'accueil de loisirs extrascolaire

Cocher les périodes souhaitées

Périodes	oui		non	
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 1	Semaine 2
Vacances de Toussaint (du 21/10/17 au 5/11/17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacances de Noël (du 23/12/17 au 07/01/18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacances d'hiver (du 10/02/18 au 25/02/18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacances de printemps (du 7/04/18 au 22/04/18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vacances d'été (du 7/07/18 au 5/08/18)	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisations

Autorise le personnel d'animation à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.

N'autorise pas

Autorise le personnel d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement. (Site internet, article de presse, exposition)

N'autorise pas

Autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant. (SAMU, pompiers, hospitalisation).

N'autorise pas

Autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement déclaré à l'assurance ou par un transporteur prestataire dans le cadre des sorties.

N'autorise pas

Signature

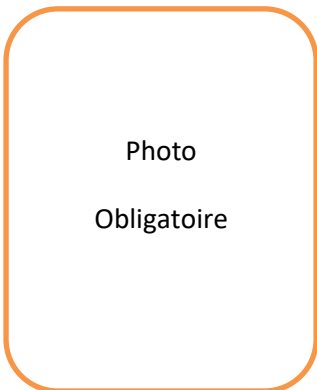
Je déclare sur l'honneur exact tous les renseignements portés sur ce formulaire et m'engage à informer la direction de l'école et la direction de l'ALSH de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

Déclare avoir pris connaissance le règlement intérieur de chaque structure et m'engage à en respecter les termes.

A Aureil, le

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2



Fiche sanitaire de liaison de l'enfant

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Garçon Fille

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Date de derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE.....

N° DE SECURITE SOCIALE :

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

*Je soussignée,responsable
 légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe
 d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,*

intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

ANNEXE

Fiche de calcul du quotient familial

Mode de calcul du quotient familial:

– 1/ calcul des revenus mensuels (Re)

Re =
$$\frac{\text{Revenu fiscal de référence annuelle}}{12}$$

– 2/ calcul du nombre de parts (P)

Situation familiale	Nombre d'enfant à charge				
	1	2	3	4	5
	Nombre de parts (P)				
Mariés, Pacsé, vie maritale	2.5	3	4	5	6
Célibataire, divorcé(e), veuf(ve)	1.5	2	3	4	5

– 3/ calcul du quotient familial (QF)

QF=
$$\frac{\text{Revenu fiscal de référence mensuelle (Re)}}{\text{Nombre de Parts (P)}}$$