



LACS DE CHAMPAGNE
Communauté de Communes

Partie réservée à l'administration		
Quotient familial		
	oui	non
Subvent° Département		
Cantine		
Garderie		



ANNEE SCOLAIRE 201.. / 202..

Ecole :

DOSSIERS D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Dossier à retourner à la CCLC au plus tard le 15 juin

ENFANT

NOM : **PRENOM** :
Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ____ à
Ecole fréquentée l'année précédente :
Classe prévue à la rentrée :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 Père Mère Autre (préciser) :

NOM : **Prénom** :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ : Mobile :
✉ :@.....
Nom de l'employeur : ☎ pro :
Régime : général (CAF) Mutuelle Sociale Agricole autres : (préciser).....
Numéro d'allocataire (obligatoire) :

RESPONSABLE 2 Père Mère Autre (préciser) :

NOM : **Prénom** :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ : Mobile :
✉ :@.....
Nom de l'employeur : ☎ pro :
Régime : général (CAF) Mutuelle Sociale Agricole autres : (préciser).....
Numéro d'allocataire (obligatoire) :

SITUATION FAMILIALE :

mariés pacsés divorcés garde alternée vie maritale famille monoparentale

Pour les gardes alternées merci de bien vouloir nous communiquer le planning des semaines de garde mise à jour.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (merci de bien vouloir nous signaler tout changement ou ajout. Toute personne ne figurant pas parmi les personnes autorisées sur cette liste ne pourra pas récupérer votre enfant) :

Nom prénom lien parenté/qualité 

.....

.....

MERCI DE SELECTIONNER LE/LES SERVICE(S) POUR VOTRE ENFANT

Je souhaite inscrire mon enfant pour l'année scolaire :

A la garderie du matin et/ou du soir

A la cantine

Cocher les cases correspondantes

Fréquentations prévues	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel			Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel
Garderie										
Cantine										

Merci de bien vouloir nous préciser si votre enfant déjeune à la cantine le 1^{er} jour de la rentrée en septembre

OUI

NON

REGLEMENT INTERIEUR DES ACTIVITES PERISCOLAIRES Je soussigné(e).....
représentant légal de l'enfant

- **déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires pour lesquels mon enfant est inscrit pour l'année scolaire 2019-2020. Je m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.**
- **Déclare avoir pris connaissance et accepte les modalités de protection des données transmises ce jour.**

Le règlement et la notice concernant la protection de données sont à votre disposition au siège de la CCLC et sur les différents sites d'accueil. Ils sont également consultables sur le site internet : www.cclacsdechampagne.fr

BRIENNE-LE-CHÂTEAU, le ____ / ____ / _____

Signature :

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES

Coordonnées de la facturation :

responsable 1

responsable 2

Prélèvement automatique

OUI

NON

Si oui : • Remplir de formulaire ci-joint (autorisation de prélèvement)

• Fournir un RIB (Relevé d'Identité Bancaire)

N.B. : Nous vous rappelons que tous les règlements se font exclusivement auprès des services de la Trésorerie de Brienne-le-Château – 8 place de l'église -10500 BRIENNE-LE-CHÂTEAU.

Fiche sanitaire de liaison

(à remplir obligatoirement)

Renseignements médicaux concernant l'enfant : NOM : Prénom :

➤ L'enfant a-t-il des allergies ?

(pour les allergies alimentaires il est obligatoire de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et de contacter nos services)

Alimentaires Asthme Médicamenteuses Autres (**précisez dans une enveloppe sous pli à part**)

Merci de bien vouloir préciser la ou les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

(précisez dans une enveloppe sous pli à part)

➤ L'enfant a-t-il déjà été sujet à d'autres problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Merci de bien vouloir préciser les dates et conduites à tenir :

(précisez dans une enveloppe sous pli à part)

➤ Autres recommandations. Merci de bien vouloir préciser si l'enfant suit actuellement un traitement (nous ne sommes pas en mesure d'administrer un médicament) ou s'il porte des lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc...

Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
B.C.G							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes articulaires aigus <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Nom et Coordonnées du médecin traitant :

NOM : Adresse :

☎ :

Autorisation parentale : En cas d'accident ou de problème de santé, cette autorisation permettra au corps médical de prendre immédiatement les dispositions nécessaires.

Je soussigné(e) M..... Mère- Père- Responsable légal (rayer la mention inutile) de l'enfant scolarisé sur à l'école de, autorise la Communauté de Communes des Lacs de Champagne à prendre toutes les mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission en centre hospitalier, anesthésie locale ou générale) et déclare que cette autorisation est valable pour toute la durée de l'année scolaire en cours .

A _____, le _____

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat : RUM

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (la Communauté de Communes des Lacs de Champagne à envoyer des instructions à votre banque et (B), votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes des Lacs de Champagne.

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,

FR 97ZZZ563289

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Désignation du titulaire du compte à débiter

NOM, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Désignation du créancier

COMMUNAUTE DE COMMUNES

DES LACS DE CHAMPAGNE

3 rue Henri Becquerel

10500 BRIENNE-LE-CHÂTEAU

FRANCE

IDENTIFICATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

F R

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (BIC)

Type de paiement : • Paiement récurrent/répétitif Y

- Paiement ponctuel Y

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes des lacs de Champagne. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec la Communauté de Communes des Lacs de Champagne.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

ANNEXE

A conserver :

- Horaires et tarifs des activités périscolaires
Les tarifs peuvent être modifiés par une délibération du conseil Communautaire.
- Règlement intérieur des activités périscolaires (document non inclus dans ce dossier ou à télécharger)

A retourner à la Communauté de Communes des Lacs de Champagne :

3 rue Henri Becquerel
10500 BRIENNE-LE-CHÂTEAU
03 25 27 91 93
OU
secretariat@cclacsdechampagne.fr

- Le présent dossier contenant :
 - Fiche sanitaire de liaison
 - Autorisation de prélèvement + 1 RIB
 - Attestation d'assurance scolaire
 - Notification CAF

HORAIRES ET TARIFS DES ACTIVITES PERISCOLAIRES

GARDERIE	QUOTIENT FAMILIAL		
	HORAIRES	QF < 840	QF ≥ 840
Garderie du matin dès 7h		1.13 €	1.33 €
Garderie du soir jusqu'à 18h30		1.74 €	1.94 €
Garderie matin et soir		2.45 €	2.66 €
Carte de garderie occasionnelle pour 20 présences de ½ h (*)		15.30 € (0.765 € / demi-heure)	18.70 € (0.935 € / demi-heure)

(*) -carte de 15€ ou 18.56€ (suivant le coefficient) de 20 cases avec un maximum de 2 cartes par année scolaire. Toute demi-heure commencée est due

CANTINE	
TARIF UNIQUE REPAS	4.08 €
TARIF Régime alimentaire sur indication médicale (enfant allergique Projet d'accueil Individualisé « PAI » obligatoire)	1 €

Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Le responsable du traitement est Monsieur le Président. Les destinataires de ces données sont les agents des services administratifs et les agents des écoles de la communauté de communes. Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci.