



ANNEE SCOLAIRE 202 /202

Dossier de réinscription aux services périscolaires pour les enfants déjà inscrits l'année précédente

Merci de nous préciser si des informations concernant les vaccinations ou renseignements médicaux ont changé par rapport à l'année précédente

<u>Nom Prénom :</u>	
<u>Date de naissance :</u>	
<u>Classe :</u>	
<u>École :</u>	

Inscription cantine et/ou garderie

	Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel
Cantine								
Garderie								

Merci de bien vouloir préciser si votre enfant suit un régime alimentaire : oui non / régime sans porc : oui non

Oui Non - Merci de bien nous préciser si votre enfant déjeune à la cantine le 1er jour de la rentrée en septembre

Pour les gardes alternées merci de bien vouloir fournir un planning de garde à jour, UN DOSSIER PAR PARENT OBLIGATOIRE

Responsable 1	Responsable 2
Situation familiale	Situation familiale
Nom Prénom	Nom prénom
Adresse	Adresse
CP et Ville	CP et Ville
	
Mail	Mail
Régime	Régime
N° allocataire	N° allocataire

DROIT À L'IMAGE

Madame/Monsieur (nom- prénom)

.....

Responsable légal de l'enfant (nom -prénom)

.....

autorise n'autorise pas la diffusion des photographies de mon enfant, de ses enregistrements sonores et de ses créations réalisées sur les temps périscolaires.

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES

Coordonnées de la facturation : Responsable 1 Responsable 2

Prélèvement automatique : 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 en cours. 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 (Notice RGPD)

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 : <https://cclacsdechampagne.fr/vie-scolaire/inscription-periscolaire/>

A _____, le ____ / ____ / _____

Signature :

ANNEXE

➤ Horaires et tarifs des activités périscolaires

Les tarifs peuvent être modifiés par une délibération du Conseil Communautaire.

➤ Règlement intérieur des activités périscolaires et notice RGPD (documents non inclus dans ce dossier à télécharger sur le site internet <https://cclacsdechampagne.fr/vie-scolaire/inscription-periscolaire/>)

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

Merci de privilégier le retour par mail

3 rue Henri Becquerel
10500 BRIENNE-LE-CHÂTEAU
03 25 27 91 93

ou

periscolaire@cclacsdechampagne.fr

➤ Le présent dossier contenant :

- Attestation d'assurance scolaire
- Notification CAF ou MSA

TARIFS DES ACTIVITES PERISCOLAIRE

LIBELLE DE LA PRESTATION	Tarification services périscolaires			
	QF < 840		QF > 840	
	Tarif 2024/2025	Tarif rentrée 2025 et années suivantes	Tarif 2024/2025	Tarif rentrée 2025 et années suivantes
Garderie				
Garderie du matin	1,22 €	1,27 €	1,45 €	1,50 €
Garderie du soir	1,88 €	1,96 €	2,10 €	2,19 €
Garderie matin et soir	2,65 €	2,76 €	2,87 €	2,99 €
Garderie carte pour 20 présences de 1/2h	16,64 €	17,30 €	20,34 €	21,15 €
Cantine				
Cantine Régulier 1ère enfant	4,44 €	4,53 €	4,44 €	4,53 €
Cantine Régulier 2ème enfant et suivants	4,349 €	4,44 €	4,349 €	4,44 €
Cantine Occasionnel	5,87 €	5,99 €	5,87 €	5,99 €
Cantine PAI (Régime alimentaire sur indication médicale)	1,04 €	1,06 €	1,04 €	1,06 €
Absence facturée cantine* <i>Repas non décommandé (voir règlement intérieur)</i>	Oui	Oui	Oui	Oui
Repas adultes	5,10 €	5,20 €	5,10 €	5,20 €

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.

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)

➤ **Pour toutes les allergies, situation de handicap ou problématique médicale** nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médicale ou d'une notification MDPH, la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoire. Vous devez à cet effet contacter le directeur ou la directrice de l'école ainsi que le service périscolaire de la CCLC. Merci de bien vouloir préciser si l'enfant suit actuellement un traitement ou s'il porte des lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc...

Merci de bien vouloir préciser si votre enfant suit un régime alimentaire : oui non / régime sans porc : oui non

Vaccinations :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Oreillons			
Coqueluche				Rougeole			
Haemophilus influenzae B				Pneumocoque			
B.C.G				Autres (préciser)			
DT Polio							
Tétracoq							

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	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	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 (*raier la mention inutile*) de l'enfant scolarisé 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*)