



DOSSIER D'INSCRIPTION

Cantine—Périscolaire—Accueil de Loisirs

Année scolaire 2022/2023

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age :

Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

Scolarisation(2022-2023) Classe :

☐ Ecole Maternelle ☐ Ecole Élémentaire

☐ Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) ☐ A domicile

Nom de l'Ecole ou de l'Institution :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (PPS) ?

Le PPS propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - Matériel adapté...

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Dossier à retourner avant le **06 juillet 2022**

À la Communauté de Communes du Haut-Vallespir
8 boulevard du Riuferrier
66150 Arles sur Tech
Tel: 04.68.21.82.05

COCHER LE(S) SERVICE(S) FREQUENTÉ(S)

☐ Restauration scolaire

☐ Périscolaire (*matin et/ou soir et/ou mercredi*)

(écoles d'Arles sur Tech, Amélie les Bains, Prats de Mollo, Saint Laurent de Cerdans)

☐ ALSH - Accueil de Loisirs (*vacances*)

DOCUMENTS A FOURNIR

Tout dossier incomplet sera refusé

DOSSIER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER OBLIGATOIREMENT

☐ Attestation de responsabilité civile 2022-2023

☐ Photocopie des vaccinations à jour.

EN CAS DE SEPARATION

☐ Planning de garde alternée signé des 2 parents.

• EN CAS DE P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

☐ Si P.A.I. le fournir avec les besoins thérapeutiques.

• EN CAS DE perception de l'Allocation à l'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H)

☐ Fournir le justificatif de perception de l'A.E.E.H.

• DOCUMENTS CONSEILLÉS

☐ Carte d'identité ou passeport de l'enfant.

☐ Carte de santé européenne en cours de validité.

☐ Sortie du territoire.



RESPONSABLE DE L ENFANT :

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ? ☐ Père ☐ Mère ☐ Père et Mère ☐ Autres (préciser)

☐ Père ☐ Mère ☐ Service social ☐ Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

 _____

 _____

N° CAF : _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession : _____

Employeur : _____

 _____

OBLIGATOIRE en cas de séparation

Payeur : ☐ Cantine ☐ Périscolaire, garderie

Signature : _____

☐ Père ☐ Mère ☐ Service social ☐ Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

 _____

 _____

N° CAF : _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession : _____

Employeur : _____

 _____

OBLIGATOIRE en cas de séparation

Payeur : ☐ Cantine ☐ Périscolaire, garderie

Signature : _____

L'ENFANT SAIT-IL NAGER : ☐ OUI ☐ NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L ENFANT (Obligation d être majeur) :

ALSH / Périscolaire (si différents)

En cas D'urgence **Autorisé à récupérer l'enfant**

Nom - Prénom et lien

Téléphone

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le _____

☐ Restauration scolaire

Certifie l'exactitude des informations

☐ Périscolaire (matin / soir)

Date et signature:

☐ ALSH (vacances)

MODALITES DE REGLEMENT

RESTAURATION SCOLAIRE

- ✓ Par prélèvement automatique:
Joindre un RIB et Mandat SEPA complété
- ✓ Par chèque : à l'ordre de régie de recettes cantines scolaires
- ✓ En espèces lors des permanences
- ✓ Par carte bancaire
- ✓ Par internet (TIPI)

ALSH (Vacances)

Lors des périodes d'inscription des services jeunesse

- ✓ Par chèque à l'ordre de Régie Sce Jeunesse
- ✓ En espèces
- ✓ Par CESU et ANCV
- ✓ Par internet (TIPI)

PERISCOLAIRE et MERCREDI

(Matin et soir)

- ✓ En espèces
- ✓ Par chèque à l'ordre du trésor public
- ✓ Par CESU
- ✓ Par internet (TIPI)



J INSCRIS MON ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE :

- ☐ Inscription régulière pour toute l'année / 4 jours
- ☐ Inscription à jours fixes ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
- ☐ Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires: ☐ Oui ☐ Non

Si allergie alimentaire, les parents s'engagent à informer l'établissement et le service de restauration scolaire afin de mettre en place un projet accueil individualisé, et à leur transmettre le protocole.

J INSCRIS MON ENFANT A L ACCUEIL PERISCOLAIRE : (matin soir)

Ecole fréquentée: ☐ Amélie les Bains ☐ Arles sur Tech ☐ Prats de Mollo ☐ Saint Laurent de Cerdans

Matin avant la classe: ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Après-midi après la classe: ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

J INSCRIS MON ENFANT A L ALSH : (Accueil de Loisirs)

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 15 jours avant chaque période.

Renseignements auprès du Service Jeunesse.

AUTORISATIONS :

DROIT DE CAPTATION

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées, sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques, dans des supports de communication écrits ou multimédia (montages vidéo, blog, réseaux sociaux...).

AUTORISATION DES RESPONSABLES *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

Autorise

N'autorise pas

- Conserver mon Quotient Familial (QF) et dossier allocataire pour ajuster la tarification applicable, via l'espace partenaire de la CAF ou MSA.
- L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure
- L'enfant pourra utiliser les moyens de transport prévus dans le cadre des activités
- Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire àh, après le Centre de Loisirs àh
- A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.
- Les services de la Communauté de Communes du Haut-Vallespir à transmettre par courriel ou SMS toute information du Service Jeunesse (périscolaire, extrascolaire) ou autres Services de la CCHV.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté de Communes du Haut Vallespir pour la gestion des services cantines/accueil périscolaire et centres de loisirs du territoire. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants :

Service comptable

Services cantines et jeunesse

Les données sont conservées pendant 1 an.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez la Communauté de Communes :

Par téléphone au 04.68.21.82.05

ou par mail : dcp@haut-vallespir.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



ALLERGIES :Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Médicamenteuses: ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Autres ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Régime alimentaire ☐ Oui ☐ Préciser:La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): ☐ Oui ☐ Non (Si déjà établi document à fournir)**PATHOLOGIES : (asthme, diabète, épilepsie)**La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): ☐ Oui ☐ Non (Si déjà établi document à fournir)**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice et l'ordonnance).

Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre sur la structureTraitement en cas de crise (pathologie, allergie...) ☐ Oui ☐ Non

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

☐ L'enfant s'auto médicamente ☐ Prévoir PAI pour l'accompagner ☐ PAI déjà établi (à fournir)**APPAREILLAGE COMPENSATOIRE :**☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires☐ Appareil orthopédique ☐ Fauteuil/Déambulateur ☐ Autre (lequel)

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité ...)

ACCUEIL D'ENFANT A BESOIN PARTICULIER :Bénéficiaire de l'AEEH : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondreL'enfant bénéficie-t-il d'un projet personnel de scolarisation (PPS) ? ☐ Oui ☐ NonDispositif: ☐ Aucun ☐ AVS ☐ ULIS ☐ AutresType de suivi: ☐ Aucun ☐ DPMI ☐ CAMSP ☐ AutresL'enfant bénéficie-t-il de l'A.E.E.H (Allocation d'Education à l'Enfant Handicapé) ? ☐ Oui ☐ Non**SUIVI COMPLEMENTAIRE : (CAMSP , CMP, CMPP, Hôpital de jours)**☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre**AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :** Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:**MEDECIN TRAITANT**

Nom Téléphone

Adresse

