

Nom (enfant) : ..... Prénom : .....

Classe : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il **un traitement médical**  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 administré**

### L'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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <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	

**ALLERGIES :** ASTHME  oui  non **MÉDICAMENTEUSES :**  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non **AUTRES :** .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, habitudes alimentaires etc...

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (Mme/M.) ..... responsable légal de l'enfant .....  
en classe de ..... école de ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date et signature :



Nom (enfant) : .....

Prénom : .....

Village : .....

Classe : .....

**Dossier à retourner avant le 30 Juin 2017**

**Dans votre Mairie**

### DOCUMENTS À FOURNIR

- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile (à communiquer dès réception)
- Photocopie vaccins
- Justificatif de travail / contrat, bulletin de paye...

# DOSSIER D'INSCRIPTION

### COCHER LE(S) ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉE(S)

- Restauration Scolaire
- Mercredi
- ALSH - Accueil de Loisirs

**ANNÉE SCOLAIRE  
2017 / 2018**



**Notre site est à votre disposition pour toutes informations :**

**[www.cc-aspres.fr](http://www.cc-aspres.fr)**

BANYULS DELS ASPRES - BROUILLA - CAIXAS - CALMEILLES - CAMÉLAS - CASTELNOU - FOURQUES  
LLAURO - MONTAURIOL - OMS - PASSA - SAINT JEAN LASSEILLE - SAINTE COLOMBE DE LA  
COMMANDERIE - TERRATS - THUIR - TORDÈRES - TRESSERRE - TROUILLAS - VILLEMOLAQUE

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : .....  
Date de naissance : .....  
Age : .....

Prénom : .....  
Lieu : .....

École : ..... Classe : .....

N° CAF : .....  
Ou MSA : .....

### SI MATERNELLE PRÉCISER :

- Petite section  
 Moyenne section  
 Grande section

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom Parent 1 : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....

Nom Parent 2 : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....

 : .....  
 : .....  
 : .....

 : .....  
 : .....  
 : .....







Profession : .....  
Employeur : ..... 

Profession : .....  
Employeur : ..... 

### Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
 : .....  : .....  : .....  
 : .....  : .....  : .....

## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT ( si différents)

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
Prénom : ..... Prénom : ..... Prénom : .....  
lien de parenté : ..... lien de parenté : ..... lien de parenté : .....  
 : .....  : .....  : .....  
 : .....  : .....  : .....

## ENFANT AUTORISÉ À RENTRER SEUL

- De l'Accueil de Loisirs :  oui  non • Du Restaurant Scolaire :  oui  non

## AUTRES AUTORISATIONS

*Cocher la case utile*

### • DROIT À L'IMAGE :

- J'autorise  Je n'autorise pas

la Communauté de Communes des Aspres à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités de la restauration scolaire ou ALSH et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.

### • PARTICIPATION DE L'ENFANT :

- J'autorise  Je n'autorise pas

l'enfant désigné à participer à toutes les activités, l'Accueil de Loisirs ou de la Restauration scolaire.

### • COMMUNICATION DES SERVICES :

- J'autorise  Je n'autorise pas

les services de la Communauté de Communes des Aspres à transmettre par courriel ou sms toute information hors service Enfance (tourisme, déchets, eau et assainissement...)

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la Communauté de Communes des Aspres :

[www.cc-aspres.fr](http://www.cc-aspres.fr) ou sur demande aux services.

- Restauration scolaire  
 Périscolaire matin et soir  
 Accueil de Loisirs / les mercredis

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s)

le .....

Certifie l'exactitude des infos ci-dessus

Date et signature :

## J'INSCRIS L'ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tarif : se renseigner auprès de votre mairie ou la Communauté de Communes des Aspres ou sur [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr)

- Inscription «forfait» pour toute l'année scolaire / 4 jours possible jusqu'en décembre inclus

ou

- Inscription «dérogatoire» à jours fixes :  lundi  mardi  jeudi  vendredi (cocher les jours à réserver)  
 Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription

Attention : la dérogation est accordée pour une année scolaire complète

Demande à bénéficier du paiement à l'unité de ces repas pour le motif suivant :

.....  
.....  
.....

Demande d'inscription à compter du : .....

Date et Signature d'un élu :

- Accordée  Refusée

SI ALLERGIE ALIMENTAIRE LES PARENTS INFORMENT L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE AFIN DE METTRE EN PLACE UN PROJET ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI). RENSEIGNER IMPÉRATIVEMENT LA RUBRIQUE « ALLERGIE » DE LA FICHE SANITAIRE EN PAGE SUIVANTE. AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ HORS PAI.

## J'INSCRIS L'ENFANT LES MERCREDIS

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'Accueil de Loisirs pour les Mercredis après-midi :

Service payant - sous réserve des places disponibles

Possibilité de transport et de repas vers les lieux d'accueils

- oui  non

Tarif : se renseigner auprès de la Communauté de Communes des Aspres

## J'INSCRIS L'ENFANT À L'ALSH

S'adresser au service enfance pour toutes les inscriptions aux Accueils de Loisirs pour les vacances scolaires au 04 68 53 73 63 ou au siège de la Communauté de Communes des Aspres.

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 7 jours avant chaque période.

## MODALITÉS DE RÈGLEMENT :

### Mode de paiement :

- Par internet : [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr) (identifiants à l'espace famille, communiqués sur votre facture)
- Par prélèvement automatique : joindre un RIB et Mandat SEPA complété à retourner
- Par chèque libellé : à l'ordre de « Régie service famille » à envoyer à la Communauté de Communes
- En espèces : en mairie ou à la Communauté de Communes des Aspres
- Par CESU : uniquement pour les ALSH

Vos factures sont disponibles sur l'Espace Famille du site [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr).

Vos identifiants « code famille » et « mot de passe » sont indispensables pour vous connecter sur votre espace sécurisé.

Ils sont inchangés pour les familles inscrites les années précédentes.

Pour les nouveaux inscrits, renseignez-vous auprès de nos services au 04 68 53 21 87 au cours du 1<sup>er</sup> mois d'inscription.

Pensez ECOlogie & ECONomies: n'imprimez que si nécessaire.

Si vous optez pour recevoir vos factures par courrier postal, veuillez vous adresser à la Communauté de Communes des Aspres