

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 .....  oui  non
- VARICELLE .....  oui  non
- ANGINE .....  oui  non
- RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ .....  oui  non
- SCARLATINE .....  oui  non
- COQUELUCHE .....  oui  non
- OTITE .....  oui  non
- ROUGEOLE .....  oui  non
- OREILLONS .....  oui  non

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

### ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP

- SCOLARISATION :**  ÉCOLE  INSTITUTION (IME, IEM, IES, ITEP...)  A DOMICILE
- **Dispositif :**  AUCUN  AVS  ULIS  SAPAD  AUTRES
- Nom de l'École ou de l'Institution : .....
- **Type de Suivi :**  AUCUN  PMI  CAMSP  CMP  CMPP  HÔPITAL DE JOURS  SESSAD  AUTRES

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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 29 Juin 2018**  
à 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

**ANNÉE SCOLAIRE**  
**2018 / 2019**

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

- Restauration Scolaire**
- ALSH - Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires**
- PAI / Allergie**

Pour le service garderie, vous rapprocher de votre mairie



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

Notre site est à votre disposition pour toutes informations :  
[www.cc-aspes.fr](http://www.cc-aspes.fr)

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Age : .....

École : ..... Classe : .....  
N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant : .....  
N° CAF : .....  
Ou MSA : .....

### SI MATERNELLE PRÉCISER :

- Petite section
- Moyenne section
- Grande section

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

**Nom Parent 1 :** ..... **Nom Parent 2 :** .....  
Prénom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Adresse : .....

☎ : ..... ☎ : .....  
📱 : ..... 📱 : .....  
✉ : ..... ✉ : .....

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

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

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
lien de parenté : ..... lien de parenté : ..... lien de parenté : .....  
☎ : ..... ☎ : ..... ☎ : .....  
📱 : ..... 📱 : ..... 📱 : .....

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

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
Prénom : ..... Prénom : ..... Prénom : .....  
lien de parenté : ..... lien de parenté : ..... lien de parenté : .....  
☎ : ..... ☎ : ..... ☎ : .....  
📱 : ..... 📱 : ..... 📱 : .....

## 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, ALSH ou Les Mercredis** 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 et sorties des mercredis, 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.

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s)  
le .....  
Certifie l'exactitude des infos ci-dessus  
Date et signature :

- Restauration scolaire  
 Accueil de Loisirs

## 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

Demande faite pour le motif suivant :

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

**Attention :** la dérogation est accordée pour une année scolaire complète

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 :

- Inscriptions journée complète
- Inscriptions à la demi-journée avec repas
- Inscriptions à la demi-journée sans repas

- oui**  **non**  
 **oui**  **non**  
 **oui**  **non**

J'autorise mon enfant à rentrer seul  **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.*

J'autorise mon enfant à rentrer seul  **oui**  **non**

## 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, Mandat SEPA et Règlement PA** complétés 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*