

DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICE ENFANCE
Année scolaire 2017-2018

Service Enfance
961 Route de Bonneville
74250 Peillonex
Tél : 04.50.07.08.22 – serviceenfance@peillonex.fr

- **Accueil Périscolaire**
- **Restaurant Scolaire**
- **Temps d'Activités Périscolaires – TAP**

A retourner en mairie au secrétariat du Service Enfance au plus tard le
15 JUIN 2017

- ✓ Dossier d'inscription à compléter et à signer comprenant :
 - Fiche de renseignements
 - Fiche sanitaire (2 pages)
 - Autorisations parentales et charte du Service Enfance signé des parents et des enfants
 - Mode de calcul du quotient familial
 - Inscription aux Services périscolaires

DOCUMENTS OBLIGATOIRES :

- ✓ Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire 2017/2018 de chaque enfant
- ✓ Copie du carnet de vaccination (avec le nom et le prénom de l'enfant)
- ✓ Pour les couples divorcés ou séparés : jugement concernant l'autorité parentale.
- ✓ Un chèque de 100,00 € de caution par enfant à l'ordre du Trésor Public (chèque global autorisé, 2 enfants 200.00 €, etc...)
- ✓ Document de la CAF indiquant votre Quotient Familial (*sans ce document le Quotient QF4 sera appliqué d'office*)

Je soussigné, responsable de(s) l'enfant(s)
..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des
différentes structures du Service Enfance et en accepter les clauses sans restriction.

Fait à Peillonex le :

Signature du ou des représentants légaux

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SERVICE ENFANCE
Année scolaire 2017-2018

Nom, Prénom et classe de l'enfant :

Situation familiale : (Marié, vie maritale, séparé, divorcé, célibataire, pacsé, remarié, veuf ...) :

Autorité parentale : 1^{er} parent et/ou 2nd parent

Adresse de Facturation : 1^{er} parent ou 2nd parent
(1 seule adresse de facturation n'est autorisée par famille – pas de double facture en cas de famille séparée)

Nom et prénom du 1 ^{er} parent :	Nom et prénom du 2nd parent :
Adresse du 1 ^{er} parent :	Adresse du 2nd parent :
Tél du domicile :	Tél du domicile :
Tél mobile :	Tél mobile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
E-mail (obligatoire) :	E-mail (obligatoire) :
<u>REEMPLIR IMPERATIVEMENT</u>	<u>REEMPLIR IMPERATIVEMENT</u>
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Lieu de travail :	Lieu de travail :
N° de CAF :	N° de CAF :

Personnes majeures autorisées à venir chercher vos enfants à la sortie des différents services périscolaires et/ou à être prévenues (**après vous**) en cas d'urgence si vous ne pouvez pas venir vous-mêmes :

Nom-Prénom :	Lien avec l'enfant :	Téléphone :	Urgence	Sortie
			O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

FRATRIE

Nom-Prénom	Date de naissance	École et Classe en 2017

Nom Prénom de l'enfant : GARÇON : FILLE :
 Classe en 2017.....
 Date de naissance : Lieu :

GROUPE SANGUIN : *entourez la case correspondante*

Non-connu	A +	A -	B +	B -	AB +	AB -	O +	O -
-----------	-----	-----	-----	-----	------	------	-----	-----

VACCINATIONS : (joindre copie du carnet de santé)

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : **ASTHME** oui non

MEDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non

AUTRE

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
(si automédication le signaler) :

.....



FICHE SANITAIRE - SERVICE ENFANCE
Année scolaire 2017-2018

Nom, Prénom et classe de l'enfant :

En cas d'allergie alimentaire un P.A.I a t'il été mis en place ? OUI NON

SI OUI, DATE DE LA MISE EN PLACE : .../...../..... (le traitement sera remis au responsable du Service Enfance (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*))

MESURES MISES EN PLACE :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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 auditives, des prothèses dentaires etc...

PRECISEZ :

.....
.....

COMPAGNIE D'ASSURANCE SCOLAIRE et EXTRA-SCOLAIRE (joindre obligatoirement l'attestation)

Nom et adresse

N° de Police :

Date de validité :

Nom et Adresse du médecin traitant :

Téléphone :

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le personnel du Service Enfance de la commune de Peillonnex et du syndicat intercommunal de l'école maternelle à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Remarques éventuelles en cas d'hospitalisation :

.....
.....

Date : / /

Signature du responsable légal :

AUTORISATIONS PARENTALES et CHARTE DU SERVICE ENFANCE
Année scolaire 2017-2018

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant (des enfants) :

⇒ Déclare exacts les renseignements donnés ;

⇒ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur régissant les services de l'Accueil Périscolaire, du Restaurant scolaire et des TAP Temps d'Activités Périscolaires et m'engage à en accepter les termes dans leur totalité à le respecter.

⇒ **Autorise** **n'autorise pas** :

Les animateurs à prendre mon (mes) enfant(s) en photo/vidéo pour publication dans les outils de communication municipale (journaux, bulletin municipal, site internet, exposition...).

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en aucun cas lieu à rémunération quelle qu'elle soit ;

Partie réservée à(aux) l'enfant(s) :

Je déclare avoir lu avec mes parents les **REGLES DE CONDUITE** du règlement intérieur du **Service Enfance** et m'engage à les respecter

Nom, prénom et Signature de l'enfant ou des enfants :

Fait à :

Date : ___ / ___ / 20___

Signature du responsable précité

(Précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A Peillonex, le 14 mars 2017

Le Maire,

Daniel TOLETTI



Le Président du Syndicat des Crys

Christian RAIMBAULT



MODE DE CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL - SERVICE ENFANCE
Année scolaire 2017-2018

Les tarifs du Service Enfance sont calculés en fonction du Quotient Familial de la Caisse d'Allocations Familiales Française, pour cela vous devrez nous faire parvenir le document de votre CAF indiquant votre Quotient Familial (remis à jour en janvier 2017)

Les parents qui n'auront pas fourni ce document se verront appliquer le tarif QF4 d'office.

En vertu de la Délibération N° D016-2017 en date du 13 mars 2017 : Tarifs de l'accueil périscolaire, des TAP et de la restauration scolaire pour l'année 2017/2018

1) Accueil périscolaire :

Quotient Familial	Taux Horaire et taux pour la plage 18h30-19h00
QF1 de 0 - 1000	2,00 €
QF2 de 1001 à 1500	2,50 €
QF3 de 1501 à 2600	3,00 €
QF4 >2601	3,50 €
Inscription non prévue	Majoration de 0,50 €/ heure

Pénalité de 10€ en cas de retard de paiement de plus d'un mois après le délai de paiement autorisé.

2) TAP

TAP	1,00 € / heure
-----	----------------

Pénalité de 10€ en cas de retard de paiement de plus d'un mois après le délai de paiement autorisé.

3) Restauration scolaire :

Quotient Familial	Prix du repas
QF1 de 0 - 1000	3,50 €
QF2 de 1001 à 1500	4,00 €
QF3 de 1501 à 2600	4,50 €
QF4 >2601	4,85€
Inscription non prévue	10,00 €

Pénalité de 10€ en cas de retard de paiement de plus d'un mois après le délai de paiement autorisé.

PLANNING
INSCRIPTION – RESTAURANT SCOLAIRE
Année scolaire 2017-2018

Se référer au règlement intérieur 2017-2018

Nom, prénom : Garçon / Fille

Classe de l'enfant :
(remplir un exemplaire par enfant)

Nom du parent (si différent) :

RESTAURANT SCOLAIRE

Inscription à l'année :

Inscription occasionnelle :

Lundi 11h45-13h45	Mardi 11h45-13h45	Jeudi 11h45-13h45	Vendredi 11h45-13h45
OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

Régime alimentaire : sans porc

En cas d'allergie alimentaire avérée, un PAI devra être mis en place. OUI / NON
le traitement sera remis au responsable du Service Enfance (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Modification occasionnelle : Pour modifier occasionnellement le planning, saisi en début d'année par le secrétariat du service enfance, vous pourrez le faire jusqu'à 9h00 pour le lendemain. La démarche se fait donc 24 heures à l'avance (Hors week-end et jours fériés) :

- via la plateforme 3Douest, <https://www.logicielcantine.fr/peillonnex/> avec votre numéro d'identifiant et votre mot de passe. Il est conseillé de se connecter avec Google Chrome ou Mozilla Firefox.
- ou par mail serviceenfance@peillonnex.fr,
- ou par téléphone uniquement à ce numéro : **04.50.07.08.22**

En cas d'inscription exceptionnelle le jour même, le repas sera facturé 10.00 €.

Toute inscription non annulée à temps par vos soins ne donnera pas lieu à un remboursement

Modification permanente : Si vous voulez changer le planning remis en début d'année de façon permanente, remettre un nouveau planning au service enfance qui saisira les jours choisis jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Fait à :

Date : ___ / ___ / 20__

Signature du responsable précité
(Précédée de la mention « lu et approuvé ») :

PLANNING
INSCRIPTION - ACCUEIL PERISCOLAIRE et/ou TAP
Année scolaire 2017-2018

Se référer au règlement intérieur 2017-2018

Nom, prénom : Garçon / Fille

Classe de l'enfant :
(remplir un exemplaire par enfant)

Nom du parent (si différent) :

ACCUEIL PERISCOLAIRE Inscription à l'année : / Inscription occasionnelle :
Mon enfant en primaire peut rentrer seul : **OUI** / **NON**

Jours / Période	Lundi	Mardi	Mercredi (7h /8h30)	Jeudi	Vendredi
Matin : 7h00/8h05	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Soir1 : 16h30/17h30	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Soir2 : 17h30/18h30	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Soir3 : 18h30/19h00	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

Si vous voulez modifier occasionnellement le planning, saisi par nos services en début d'année, vous pouvez le faire jusqu'à 9h00 pour le lendemain. La démarche se fait donc 24 heures à l'avance. (Hors week-end et jours fériés).

Toute inscription non annulée à temps par vos soins ne donnera pas lieu à un remboursement (cf. Art.17)

TAP - Temps d'Activité Périscolaire

Mon enfant en primaire peut rentrer seul : **OUI** / **NON**

Lundi 15h30-16h30	Mardi 15h30-16h30	Jeudi 15h30-16h30	Vendredi 15h30-16h30
OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

La périodicité choisie lors de l'inscription peut être modifiée uniquement à chaque nouvelle période, et ceci 3 jours avant les vacances scolaires en nous communiquant ce planning daté et signé remplaçant et annulant le précédent.

Fait à :
Signature du responsable précité
(Précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Date : ___ / ___ / 20__