

Pour Information, rappel des tarifs appliqués de septembre 2015 à août 2016

TARIFS DES SERVICES PERISCOLAIRES ANNEE SCOLAIRE 2015/2016

► TARIFICATION RESTAURATION ET ACCUEIL PERISCOLAIRE (lundi, mardi, mercredi matin, jeudi et vendredi)

Quotient	Tarif Restauration	Tarif journalier accueil occasionnel	Tarif mensuel accueil forfait 1/2 journée	Tarif mensuel accueil forfait journée
Quotient supérieur ou égal à 535	3,05 €	3,05 €	30,34 €	41,34 €
Quotient compris entre 484 et 534	2,02 €	2,29 €	22,75 €	31,00 €
Quotient compris entre 439 et 483	1,53 €	1,51 €	15,16 €	20,67 €
Quotient compris entre 373 et 438	1,03 €	0,75 €	7,67 €	10,33 €
Quotient inférieur ou égal à 372	gratuit	0,30 €	3,02 €	4,13 €
Tarif Pessacais	3,05 €	3,04 €	30,34 €	41,34 €
Tarif hors commune	4,20 €	3,04 €	30,34 €	41,34 €

► TARIFICATION ALSH DU MERCREDI (transfert transport, repas et mercredi après-midi) ET VACANCES SCOLAIRES

Quotient	Tarif journalier Mercredi	Tarif journalier vacances scolaires
Quotient supérieur ou égal à 1 126	15,05 €	18,55 €
Quotient compris entre 938 et 1 125	13,05 €	17,35 €
Quotient compris entre 751 et 937	10,90 €	14,45 €
Quotient compris entre 638 et 750	8,70 €	11,65 €
Quotient compris entre 526 et 637	7,40 €	9,80 €
Quotient compris entre 451 et 525	5,70 €	9,00 €
Quotient compris entre 292 et 450	4,20 €	5,60 €
Quotient inférieur ou égal à 291	2,60 €	3,50 €
Tarif hors commune	15,05 €	18,55 €

NB : Votre quotient familial (QF) est calculé sur la base de l'avis d'imposition 2015 sur les revenus 2014 selon la formule suivante :

$QF \text{ Mensuel} = \text{Revenu Brut de Référence} \div 12 \div \text{nombre de personnes au foyer (une part par personne)}$.

Pièces justificatives à fournir au service si vous pensez pouvoir bénéficier d'un tarif particulier.

📄 Photocopie complète de l'avis d'imposition 2015 sur les revenus 2014 pour chaque parent si vous ne l'avez pas fournie en janvier 2015.

Le quotient des services périscolaires est calculé au 1^{er} janvier de l'année et reste valable jusqu'au 31 décembre.

Si vous ne souhaitez pas fournir l'avis d'imposition, le tarif appliqué sera systématiquement le plus élevé.



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nom :	Prénom :
Ecole fréquentée :	Niveau :

Activités périscolaires	Restauration	Mercredi de 11h30 à 17h	TAP	Accueil			Vacances scolaires
	Fréquentation (lundi, mardi, jeudi et vendredi)	Réserver les mercredis depuis votre compte famille sur le site Internet de la mairie	Réserver les TAP au près des animateurs	Fréquentation occasionnelle	Forfait mensuel 1/2 journée (matin ou soir)	Forfait mensuel journée (matin et soir)	Structure Petite Enfance Réserver les vacances scolaires depuis votre compte famille sur le site Internet de la mairie
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ATTESTATION D'ASSURANCE

A défaut de responsabilité civile, je m'engage, dans le cas où mon (mes) enfant(s) est (sont) scolarisé(s) à produire chaque année l'attestation d'assurance si nécessaire.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR ET AUTORISATIONS (COCHEZ LES CASES)

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la fiche d'inscription et la fiche de liaison sanitaire et m'engage à prévenir le service Education Jeunesse de tout changement éventuel (adresse, situation familiale).
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires.
- Autorise le personnel municipal à prendre, en cas d'urgence et si je ne suis pas joignable, les dispositions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugées indispensables pour l'état de santé de mon(mes) enfant(s), y compris le faire transporter à l'hôpital le plus proche.
- Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du service Education Jeunesse. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du Service Education Jeunesse. Fichier déclaré à la CNIL - Avis : 1071682
- Reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique qui est à consulter sur le lieu d'accueil périscolaire et extrascolaire de mon enfant.
- Autorise les services périscolaires de la mairie de Cestas à reproduire ou représenter la ou les photo(s) prise(s) de mon enfant, durant sa présence aux activités périscolaires et extrascolaires. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou les photographie(s) ne devront pas porter atteinte à la réputation ou la vie privée de mon enfant.
- Autorise mon enfant à sortir de la structure et à emprunter un transport en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.

SIGNATURE(S) OBLIGATOIRE(S) :

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Fait à

le

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie alimentaire devant faire l'objet d'administration de médicaments par les personnels enseignants ou communaux doit être signalé au service Education Jeunesse afin de conclure un protocole d'accueil individualisé (PAI) signé entre les parents, la mairie, le directeur de l'école et le médecin scolaire.

PAI : Un certificat médical doit être remis au service Education Jeunesse avant la rentrée scolaire.

PAI en cours ? oui non

PAI à prévoir ? oui non

L'enfant suit-il un protocole alimentaire spécifique ?

oui non Si oui, lequel ?

Suit-il un traitement médical particulier ?

oui non Si oui, lequel ?

VACCINATIONS : Dates du dernier rappel de vaccin :

Anti-tétanique (ou DTPolio ou Tetracoq)

BCG

Rubéole-Oreillons-Rougeole

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, etc.... ?

oui non précisez

Autres recommandations

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

Adresse :

PERSONNES MAJEURES AUTORISEES À VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT(S) (AUTRES QUE LES PARENTS)

Personne 1

À contacter en cas d'urgence oui non

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

ami(e)

assistante maternelle

grands-parents

autre, précisez :

Personne 2

À contacter en cas d'urgence oui non

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

ami(e)

assistante maternelle

grands-parents

autre, précisez :