



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2017-2018

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE			
REPRESENTANT LEGAL 1 OU TUTEUR LEGAL			
Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :		Qualité (père, mère, ...) :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :	
.....	
REPRESENTANT LEGAL 2 OU TUTEUR LEGAL			
Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :		Qualité (père, mère, ...) :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :	
.....	
N° de portable prioritaire		
Courriel prioritaire pour envoi d'information municipale urgente par SMS ou courriel	@.....	
Situation familiale :			
REGIME DE SECURITE SOCIALE DE L'ASSURE AUQUEL EST(SONT) RATTACHE(S) L'(LES) ENFANT(S) A REMPLIR OBLIGATOIREMENT			
<input type="radio"/> Ressortissant du régime général (SS)		<input type="radio"/> MSA (régime agricole)	
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE FAMILLE ASSURANT LE PAIEMENT DES PRESTATIONS PERISCOLAIRES (cochez une case)			
<input type="radio"/> Monsieur ou Madame (indifféremment)	<input type="radio"/> Monsieur (exclusivement)	<input type="radio"/> Madame (exclusivement)	

Réservé au service
 Education Jeunesse

SIGNATURE(S) OBLIGATOIRE(S) :

Représentant légal 1

Représentant légal 2

C+	
QF	
NU	

TARIFS SOUMIS A CALCUL DE QF

► **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 537 – Tarif 1	3,10 €	3,10 €	30,50 €	41,55 €
Quotient compris entre 486 et 536 – Tarif 2	2,05 €	2,35 €	22,90 €	31,20 €
Quotient compris entre 441 et 485 – Tarif 3	1,55 €	1,55 €	15,25 €	20,80 €
Quotient compris entre 374 et 440 – Tarif 4	1,05 €	0,80 €	7,65 €	10,40 €
Quotient inférieur ou égal à 373 – Tarif 5	gratuit	0,30 €	3,05 €	4,15 €
Tarif pessacais – Tarif 1 – Tarif plein	3,10 €	3,10 €	30,50 €	41,55 €
Tarif hors commune	4,25 €	3,10 €	30,50 €	41,55 €
Présence restauration avec Panier Repas complet fourni par la famille dans le cadre d'un PAI	Gratuit	/	/	/

► **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 1 131	15,15 €	18,65 €
Quotient compris entre 942 et 1 130	13,10 €	17,45 €
Quotient compris entre 754 et 941	10,95 €	14,50 €
Quotient compris entre 641 et 753	8,75 €	11,70 €
Quotient compris entre 528 et 640	7,45 €	9,85 €
Quotient compris entre 453 et 527	5,75 €	9,05 €
Quotient compris entre 293 et 452	4,25 €	5,65 €
Quotient inférieur ou égal à 292	2,60 €	3,50 €
Tarif hors commune	15,15 €	18,65 €


NB : Votre quotient familial (QF) est calculé sur la base de l'avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015 selon la formule suivante : QF Mensuel = Revenu Brut de Référence divisé par 12 divisé par le 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 2016 sur les revenus 2015 pour chaque parent si vous ne l'avez pas fournie en janvier 2017. 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.

La tarification pour l'année scolaire 2017-2018 sera votée par le Conseil Municipal en juillet 2017.

 **FREQUENTATION**

 **RESTAURATION**
ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN ET SOIR Badgeage à l'arrivée à l'école le matin

 **RESERVATIONS**

 **TAP**

EN ELEMENTAIRE : Une fiche d'inscription est remise à chaque enfant et distribuée à l'école par les animateurs avant chaque période de congés scolaires. Fiche à retourner à l'école auprès du directeur du centre d'accueil ou des animateurs.
EN MATERNELLE : Le programme des activités est affiché chaque semaine dans l'école. Vous inscrivez votre enfant sur les feuilles prévues à cet effet devant les classes.

 **MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES**

Accueil uniquement en fonction des places disponibles, sur réservation sur le portail du compte famille ou par téléphone auprès de Philippe GUEGLIO au 06 86 41 78 28.

La réservation d'une place déclenche automatiquement le prélèvement du montant de la prestation sur le Compte Famille

 **ANNULATION**

Au plus tard, le mercredi précédant le mercredi souhaité (J-7) ou sur présentation d'un certificat médical et, pour les vacances scolaires, 7 jours avant la 1^{ère} journée de fonctionnement de la période de vacances considérée.

Pour les vacances d'été, chaque mois (juillet et août) constitue une période de fonctionnement distincte : pour le mois de juillet, jusqu'au 2/07 et pour le mois d'août, jusqu'au 25/07.



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nom :		Prénom :	
Ecole fréquentée :		Niveau :	

<i>Activités périscolaires</i>	FREQUENTATION			
	<i>Restauration</i>	<i>Accueil</i>		
	Fréquentation (lundi, mardi, jeudi et vendredi)	Fréquentation occasionnelle	Forfait mensuel ½ journée (matin ou soir)	Forfait mensuel journée (matin et soir)
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

ASSURANCE

(Attestation de votre assureur à joindre **IMPERATIVEMENT**)

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile accident corporel.

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 : Date du dernier rappel de vaccin :

Anti-tétanique (ou DTPolio ou Tetracoq)

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 A VENIR CHERCHER L'ENFANT (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 :