


TARIFICATION ALSH DES VACANCES SCOLAIRES 2017/2018 SOUMISE A CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL

Quotient	Tarif journalier vacances scolaires
Quotient supérieur ou égal à 1 131	18,79 €
Quotient compris entre 942 et 1 130	17,58 €
Quotient compris entre 754 et 941	14,61 €
Quotient compris entre 641 et 753	11,79 €
Quotient compris entre 528 et 640	9,92 €
Quotient compris entre 453 et 527	9,12 €
Quotient compris entre 293 et 452	5,69 €
Quotient inférieur ou égal à 292	3,52 €
Tarif hors commune	18,79 €

Votre quotient familial (QF) est calculé sur la base de l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 selon la formule suivante :

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

Pièce justificative à fournir au service si vous pensez pouvoir bénéficier d'un tarif particulier :

-  Photocopie complète de l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 pour chaque parent.

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.

RESERVATIONS

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 période de réservation est ouverte au retour des vacances précédentes (lundi).

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

ANNULATION

Au plus tard, 7 jours avant la 1^{ère} journée de fonctionnement de toute la période de vacances considérée ou sur présentation d'un certificat médical.

Pour les vacances d'été, chaque mois (juillet et août) constitue une période de fonctionnement distincte.

INSCRIPTION AUX SERVICES EXTRASCOLAIRES

Nom :		Prénom :	
Ecole fréquentée Niveau :		Date de naissance :	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ?

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 D'ORDRE MEDICAL

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 :	<input type="radio"/> ami(e)	<input type="radio"/> assistante maternelle	<input type="radio"/> grands-parents <input type="radio"/> autre, précisez :

PERSONNE 2 À contacter en cas d'urgence oui non

Nom :		Prénom :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Lien avec l'enfant :	<input type="radio"/> ami(e)	<input type="radio"/> assistante maternelle	<input type="radio"/> grands-parents <input type="radio"/> autre, précisez :

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 consultable sur le lieu d'accueil périscolaire et extrascolaire de mon enfant.
- 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