



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES
ET RESTAURANT SCOLAIRE

A déposer dans la boîte devant la mairie
Inscription à renouveler chaque année

Année scolaire 2024-2025

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée scolaire 2024.2025 :

Date de dépôt à la mairie :

Photo

Un dossier/enfant

Pièces justificatives :

- 1 Photo d'identité par enfant
- 1 Fiche d'inscription 2023-2024 par enfant
- 1 Fiche sanitaire de liaison à remplir
- Copie du PAI (Protocole d'accueil individualisé- ex : allergies) document rempli par le médecin
- 1 RIB (si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changé)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2023/2024
- Attestation de travail **des deux parents**
- Dernier avis d'imposition **obligatoire** + revenus étrangers (ex : revenus Suisse)
- Copie du livret de famille (parents et enfants)
- Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant

Inscription Du 14 Mai au 14 Juin 2024

Tout dossier incomplet ou hors délais
ne sera pas accepté.

L'inscription de votre/vos enfant sera effective
qu'après réception d'un mail de confirmation du
centre de loisirs.

FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025



ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
Lieu de naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro d'assurance :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

**Je souhaite garder les personnes autorisées l'année dernière à récupérer mon/mes enfants cette année
(voir sur portail famille) : oui / non**

Nouveaux contacts

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)		Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)		Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?*	OUI / NON

Données complémentaires

* Si oui, merci de fournir en annexe l'attestation MDPH : (+commentaire si besoin) :

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

Pourquoi l'avis d'imposition est obligatoire ?

Les inscriptions 2024-2025 seront traitées de manière à pouvoir extraire les données de façon anonymes des foyers inscrits aux services, et d'envisager une restructuration de la grille tarifaire et des différentes catégories de quotient familial. L'objectif étant de pouvoir être au plus près des réalités socioéconomiques des familles bénéficiant des services.

Nom-Prénom :

Cantine Scolaire 2024 2025

CANTINE SCOLAIRE				
CATÉGORIE	QUOTIENT	TARIF AU REPAS	TARIF MENSUEL ABONNEMENT 1J/SEMAINE	TARIF MENSUEL ABONNEMENT 4J/SEMAINE
T	0 à 500	1,00 €	3,18 €	12,73 €
A	501 à 800	5,35 €	17,02 €	68,08 €
B	801 à 1 334	6,74 €	21,44 €	85,77 €
C	1 335 à 1 944	7,31 €	23,25 €	93,00 €
D	1 945 et +	8,77 €	27,89 €	111,57 €
Garderie enfant avec panier repas *		4,00 €		

* Proposé uniquement pour les enfants présentant un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*

Cocher les jours concernés :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Attestation de travail obligatoire
(Priorité aux familles dont les deux parents travaillent)

Nom-Prénom:

Périscolaire matin et soir 2024-2025

PÉRISCOLAIRE				
CATÉGORIE	QUOTIENT	MATIN	SOIR	ABT MENSUEL SOIRS
T	0 à 500	1,01 €	2,53 €	34,75 €
A	501 à 800	2,04 €	3,46 €	47,53 €
B	801 à 1 334	2,56 €	4,18 €	57,42 €
C	1 335 à 1944	2,81 €	4,43 €	60,85 €
D	1 945 et +	3,06 €	5,05 €	69,37 €

Attestation de travail à transmettre en annexe

Matin :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Utilisation Occasionnel (inscription via le portail famille et **non prioritaire**)

Soir :

Abonnement mensuel 4 jours/semaine

Inscription régulière (annulation possible sur le portail famille. Attention aux délais).



Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Utilisation Occasionnel (inscription via le portail famille et **NON PRIORITAIRE**)

Attention, les enfants de petite section ne peuvent pas être inscrits au périscolaire matin + cantine + soir.

Nom-Prénom :

Périscolaire du Mercredi 2024-2025

Habitants d'Echenevex :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	9,44 €	5,06 €
A	501 à 800	15,01 €	10,50 €
B	801 à 1 334	20,18 €	18,74 €
C	1 335 à 1 944	27,23 €	19,77 €
D	1 945 et +	33,38 €	24,95 €

Habitants d'Echenevex avec PAI (panier-repas) :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	6,29 €	3,37 €
A	501 à 800	11,86 €	8,30 €
B	801 à 1 334	17,03 €	15,81 €
C	1 335 à 1 944	24,08 €	17,48 €
D	1 945 et +	30,23 €	22,60 €

Matin + repas	Après-midi + repas	Journée
<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
<input type="checkbox"/> Occasionnel (inscription via le portail famille et non prioritaire)	<input type="checkbox"/> Occasionnel (inscription via le portail famille et non prioritaire)	<input type="checkbox"/> Occasionnel (inscription via le portail famille et non prioritaire)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

Par prélèvement mensuel automatique

Aviez-vous déjà choisi ce mode de paiement l'année dernière ?

OUI NON

(Merci de fournir un RIB si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changées)

Par chèque directement au trésor public

Facturation au nom et adresse :

Nom

Prénom:.....

.... ADRESSE :

.....

Adresse électronique :

.....

Autorisations :

Je soussigné M., Mme autorise ma fille, mon fils à participer aux différentes sorties extérieures organisées par le centre de loisirs.

Je soussigné M., Mme autorise la commune d'Echenevex à photographier ou filmer ma fille, mon fils et à utiliser ces films/photos dans le cadre de publications municipales.

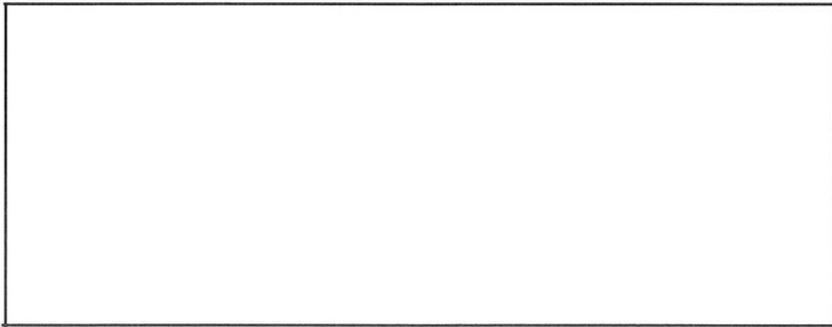
Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la cantine scolaire et du centre de loisirs et m'engage à les respecter.

J'ai pris connaissance que pour cette année 2024/2025, il n'y aura plus de factures papier, celles-ci seront disponible sur le portail famille.

***Pourquoi l'avis d'imposition est obligatoire ?**

Les inscriptions 2024-2025 seront traitées de manière à pouvoir extraire les données de façon anonymes des foyers inscrits aux services, et d'envisager une restructuration de la grille tarifaire et des différentes catégories de quotient familial. L'objectif étant de pouvoir être au plus près des réalités socioéconomiques des familles bénéficiant des services.

DATE : / /





FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET 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.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
