

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEILS DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES (ALP)

## ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

(A remplir obligatoirement pour chaque enfant)



### ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE AUJARGUES

Tout dossier incomplet sera refusé

**Attention :** Ce document ne tient pas lieu de réservation, celle-ci devra s'effectuer auprès de la référente de l'école concernée.

#### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Complément adresse: .....

Code postal : ..... Commune : .....

Niveau/classe : .....

#### Pièces à joindre :

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile scolaire/extra-scolaire
- Attestation de Quotient Familial CAF ou MSA

#### Responsables légaux

Situation familiale : concubin.e  célibataire  marié.e  pacsé.e  séparé.e  divorcé.e

<p><b>PARENT 1</b> - Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Cochez le nom de la personne retenue pour la facturation</p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse (si différente de l'enfant) : ..... .....</p> <p>Code postal : ..... Commune : .....</p> <p>Tél Portable : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Domicile : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Travail : ____/____/____/____/____</p> <p>Adresse mail : .....</p> <p>Profession : .....</p>	<p><b>PARENT 2</b> - Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Cochez le nom de la personne retenue pour la facturation</p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse (si différente de l'enfant) : ..... .....</p> <p>Code postal : ..... Commune : .....</p> <p>Tél Portable : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Domicile : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Travail : ____/____/____/____/____</p> <p>Adresse mail : .....</p> <p>Profession : .....</p>
---	---

**Autres (préciser par exemple tuteur, famille d'accueil...) :** .....

Nom .....Prénom.....

Adresse : .....

Tel portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel domicile \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél travail \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Renseignements médicaux concernant l'enfant

##### Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Vaccinations

- J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires :  oui  
 non

## Allergies

- Mon enfant est :
- Allergique : Médicamenteuses :  oui    Alimentaires :  oui  
 non                                   non
- Asthmatique :  oui  
 non

### **Les causes de l'allergie et la conduite à tenir seront précisées lors du PAI (Projet d'Accueil Individualisé).**

Le Projet d'Accueil Individualisé est mis en place avec le directeur d'école, le médecin scolaire et le Service des Affaires Scolaires. Il est obligatoire pour toute contrainte médicale UNIQUEMENT sur présentation d'une ordonnance médicale en cours de validité, indiquant le protocole de surveillance précisé par le médecin prescripteur (renouvelable tous les ans).

**PAI mis en place à compter du .....**

### **Difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...)

Précisez les dates et les **précautions à prendre** :

.....

.....

.....

- Mon enfant est en situation de handicap (déclaré MDPH/MDA) :
- oui → **une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil**
- non

### **Recommandations utiles des parents**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives ...

.....

.....

.....

## **Renseignements administratifs**

N° Sécurité Sociale (couvrant l'enfant) : .....

Police assurance scolaire/périscolaire : ..... N° de police .....

Régime Allocataire :  CAF    N° de dossier (allocataire) : .....     Mère     Père  
 MSA    N° adhérent : .....     Mère     Père (attestation QF obligatoire)  
 Autre    (à préciser) : .....

### **AUTORISATION POUR LES ALLOCATAIRES DE LA CAF DU GARD UNIQUEMENT**

▪ **J'autorise le Service des Affaires Scolaires de la Communauté de Communes du Pays de Sommières à consulter mon dossier sur le site internet de la Caisse d'Allocations Familiales par le biais de son accès CDAP afin de définir le tarif des accueils périscolaires.**

**Oui**     **Non \***

\* Si vous refusez l'accès via le site CDAP, vous devez impérativement nous fournir votre attestation de quotient familial ou votre avis d'imposition ou de non-imposition n-2 ainsi que votre attestation de paiement ou de non-paiement de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA, SNCF, RATP, Caisse Maritime, ...). Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.

## Autorisations parentales

Je soussigné.e ..... représentant légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et :

- Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil périscolaire du soir (ou étude) s'il est âgé de 6 ans et plus.
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil périscolaire du soir (ou étude).
- Autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à récupérer mon enfant à l'issue des accueils périscolaires (ou étude) et au bus scolaire (Une pièce d'identité pourra être demandée).

**Le midi et le soir à l'arrêt de bus : le personnel en encadrement remettra les élèves des classes maternelles uniquement aux adultes autorisés.**

Nom prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Autorise la Communauté de Communes à prendre en photo mon enfant et à éventuellement la publier dans le journal de la communauté, le site internet, ou dans les journaux régionaux (Midi Libre, ...) ou encore lors d'expositions photo.

N'autorise pas l'utilisation des photos.

Mon adresse mail pourra être utilisée pour l'envoi des informations liées au fonctionnement des services.

Je suis informé.e et accepte les conditions du règlement intérieur et des tarifs applicables aux ALP, ainsi que du projet éducatif de la Communauté et du projet pédagogique de l'ALP (disponibles auprès de la référente sur l'école et sur le site d'internet de la CCPS).

J'autorise la Communauté de Communes du pays de Sommières à m'envoyer par mail les lettres d'information de la Communauté (actualités Ecole de Musique, animations, bibliothèques...).

J'accepte, conformément à la réglementation UE/du Règlement Général de Protection des Données entré en vigueur le 25 mai 2018, que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées et exploitées pour permettre au service des Affaires Scolaires de la Communauté de Communes du Pays de Sommières de gérer l'inscription de mon enfant aux accueils périscolaires et de toutes les pièces qui en découlent (informations, facturations, etc.). Ces données seront conservées 1 an. Je peux à tout moment en demander la rectification ou l'effacement auprès du service concerné.

**Votre enfant ne sera autorisé à fréquenter les Accueils périscolaires (matin/soir et temps méridien), même en cas de présence occasionnelle, qu'à réception et validation du dossier complet par le service des Affaires Scolaires.**

**En cas de facturation séparée, prévoir une fiche de renseignements pour chacun des parents.**

Fait le ..... à ..... Signature :

