



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2020/ 2021

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Age _____

Sexe Féminin Masculin

Ecole (2020-2021) _____

Classe (2020-2021) _____

Dossier à retourner avant le **03 juillet 2020**

À la Communauté de Communes du Haut-Vallespir
8 boulevard du Riuferrier
66150 Arles sur Tech
Tel: 04.68.21.82.05

COCHER LE(S) SERVICE(S) FREQUENTÉ(S)

Restauration scolaire

Périscolaire (*matin et/ou soir et/ou mercredi*)

(écoles d'Arles sur Tech, Amélie les Bains, Palalda, Prats de Mollo, saint Laurent de Cerdans)

ALSH - Accueil de Loisirs (*vacances*)

Pré-inscription Ecole de musique

DOCUMENTS A FOURNIR

Tout dossier incomplet sera refusé

DOSSIER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER OBLIGATOIREMENT

Attestation de responsabilité civile 2019-2020.
(*périscolaire et extrascolaire*)

Photocopie des vaccinations à jour.

EN CAS DE SEPARATION

Planning de garde alternée signée des 2 parents.

Joindre la copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants.

• EN CAS DE P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Si P.A.I. le fournir avec les besoins thérapeutiques.

• **DOCUMENTS CONSEILLÉS POUR ALSH**

Carte d'identité ou passeport de l'enfant.

Carte de santé européenne.

Sortie du territoire.

RESPONSABLE DE L'ENFANT:

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ? Père Mère Père et Mère Autres (préciser)



SITUATION FAMILIALE: Marié Divorcé Concubinage Veuf/veuve Autres


Père Mère Service social Tuteur

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

  _____

 _____


N° CAF: _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession: _____

Employeur: _____

 _____

Payeur: Oui Non



Signature: _____


Père Mère Service social Tuteur

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

  _____

 _____


N° CAF: _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession: _____

Employeur: _____

 _____

Payeur: Oui Non

Signature: _____

L'ENFANT SAIT-IL NAGER: OUI NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Obligation d'être majeur):

ALSH / Périscolaire (si différents)

En cas d'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant	Nom - Prénom et lien	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur

- Restauration scolaire
- Périscolaire (matin / soir)
- ALSH (vacances)

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le _____

Certifie l'exactitude des informations

Date et signature:

MODALITES DE REGLEMENT

RESTAURATION SCOLAIRE	ALSH ET MERCREDI	PERISCOLAIRE
✓ Par prélèvement automatique: <i>Joindre un RIB et Mandat SEPA complété</i> ✓ Par chèque : à l'ordre de régie de recettes cantines scolaires ✓ En espèces lors des permanences ✓ Par carte bancaire	Lors des périodes d'inscription des services jeunesse ✓ Par chèque à l'ordre du trésor public ✓ En espèces ✓ Par CESU et ANCV	(Matin et soir) ✓ Au Trésor Public ✓ Par chèque à l'ordre du trésor public ✓ En espèces



J'INSCRIS MON ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE:

- Inscription régulière pour toute l'année / 4 jours
 Inscription à jours fixes Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires: Oui Non

Si allergie alimentaire, les parents s'engagent à informer l'établissement et le service de restauration scolaire afin de mettre en place un projet accueil individualisé, et à leur transmettre le protocole.

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE: (matin - soir)

Ecole fréquentée: Amélie les Bains Arles sur Tech Palalda Prats de Mollo Saint Laurent de Cerdans

Matin avant la classe: Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Après-midi après la classe: Lundi Mardi Jeudi Vendredi

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ALSH (Accueil de Loisirs)

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 15 jours avant chaque période.

Renseignements au près du Service Jeunesse.

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ECOLE DE MUSIQUE

nouvelle inscription uniquement

Choix d'instruments: Piano Guitare Flûte traversière Trompette Trombone Saxophone
 Batterie/percussions Eveil Instruments Catalans

EVEIL MUSICAL ET DECOUVERTE INSTRUMENTALE (5-7 ans)

CURSUS ENFANT (instrument + solfège)

CURSUS ENFANT CONFIRME (instrument)

CURSUS ADULTE DEBUTANT (instrument + formation musicale)

CURSUS ADULTE CONFIRME (instrument)

AUTORISATIONS:

DROIT DE CAPTATION

J'autorise Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées, sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques, dans des supports de communication écrits ou multimédia (montages vidéo, blog etc.).

AUTORISATION DES RESPONSABLES *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

	Autorise	N'autorise pas
• Conserver mon Quotient Familial (QF) et dossier allocataire pour ajuster la tarification applicables, via l'espace partenaire de la CAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire àh, après le Centre de Loisirs àh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les services de la Communauté de Communes du Haut-Vallespir à transmettre par courriel ou SMS toute information du Service Jeunesse (périscolaire, extrascolaire) ou autres services de la CCHV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ALLERGIES

Alimentaires Oui Non Laquelle:

Médicamenteuses: Oui Non Laquelle:

Autres Oui Non Laquelle:

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): Oui Non (Si déjà établi document à fournir)

PATHOLOGIES (asthme, diabète, épilepsie)

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): Oui Non (Si déjà établi document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice et l'ordonnance).

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (pathologie, allergie...) Oui Non

Si traitement: Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

L'enfant s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner PAI déjà établi (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunettes Lentilles Prothèses auditives Prothèses dentaires

Appareil orthopédique Fauteuil/Déambulateur Autre (lequel)

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité ...)

ACCUEIL D'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP:

Scolarisation: Ecole Institut (I.N.E, I.E.S. ...) A domicile

L'enfant bénéficie-t-il d'un projet personnel de scolarisation (P.P.S.) ? Oui Non

Dispositif: Aucun A.V.S. U.L.I.S. Autres

Type de suivi: Aucun D.P.M.I C.A.M.S.P Autres

L'enfant bénéficie-t-il de l'A.E.E.H (Allocation d'Education à l'Enfant Handicapé) ? Oui Non

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES: Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:

MEDECIN TRAITANT

Nom Téléphone

Adresse

