



Pour les envois par email :

1. **Enregistrez le dossier vierge sur votre ordinateur**
2. Complétez le dossier puis enregistrez-le
3. Envoyez le dossier complété à l'adresse : [communication@saint-augustin-des-bois.fr](mailto:communication@saint-augustin-des-bois.fr)

## **OBJET : INSCRIPTIONS AUX SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE SCOLAIRE**

Madame, Monsieur,

Un dossier d'inscription annuel et unique, pour l'utilisation des services municipaux en matière de restauration scolaire, d'accueil périscolaire, et d'accueil post-scolaire est obligatoire.

Concernant l'accueil périscolaire, la politique familiale de la *Caisse d'Allocations Familiales* nous demande d'accorder une attention toute particulière aux familles à revenus modestes se traduisant par une **tarification adaptée aux revenus** et une **facturation au plus près de la consommation des familles**. La commune de SAINT-AUGUSTIN-DES-BOIS a donc opté pour une unité de facturation à la ½ heure. Le prix du goûter sera dissocié de la tarification.

### **MODALITES D'INSCRIPTION**

<p><b>Pièces à fournir (en mairie ou par email : <a href="mailto:communication@saint-augustin-des-bois.fr">communication@saint-augustin-des-bois.fr</a>) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carnet de vaccination (si nouvelle inscription ou nouveau vaccin)</li> <li>2. Attestation d'assurance « responsabilité civile »</li> <li>3. Les diverses autorisations signées</li> <li>4. Un RIB (si vous optez pour le prélèvement automatique).</li> </ol>	<p><b>Lieux, dates et horaires des inscriptions</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. À l'accueil périscolaire : de 7h15 à 9h et de 16h30 à 19h, tous les jours scolaires</li> <li>2. Au <b>secrétariat de mairie</b> : tous les jours de 9h00 à 12h00.</li> </ol>
--	--

### **Plannings de présence (disponible sur le site internet de la commune, onglet Education/Enfance)**

A remplir pour **chacun des services**. Les familles utilisant ces services régulièrement ne devront remplir ce document qu'une seule fois.

*\*A noter : tout repas ou accueil périscolaire réservé sera facturé, sauf sur présentation d'un certificat médical ou tout autre document attestant du caractère imprévisible de l'absence de votre enfant. Les inscriptions de dernière minute seront admises dans la limite des places disponibles.*

<p><b>Horaires de fonctionnement de l'accueil périscolaire</b></p> <p>Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi : de 7h15 à 9h Lundi, mardi, jeudi : de 16h45 à 19h / vendredi : de 15h45 à 19h</p>	<p><b>Horaires de fonctionnement des TAP</b></p> <p>Lundi, mardi, jeudi de 15h45 à 16h45</p>
---	--

### **Modalités de paiement**

Dès réception de la facture le règlement devra être effectué auprès de la Trésorerie de Chalonnes-sur Loire – 17B PL DE L'HOTEL DE VILLE– 49290 CHALONNES-SUR-LOIRE.

Vous avez la possibilité de régler vos factures de cantine et d'accueil périscolaire par prélèvement automatique. Vous trouverez avec le dossier d'inscription un imprimé d'autorisation de prélèvement à compléter. Les familles qui ont déjà opté pour ce mode de paiement précédemment n'ont pas à remplir l'imprimé de demande de prélèvement sauf en cas de changement de coordonnées bancaires.

### **Les outils mis en place**

- Le projet éducatif traduit les principes et les priorités de l'organisation. Le projet pédagogique décline les conditions de mise en œuvre du projet éducatif. Il permet de donner du sens aux activités proposées et aux actes de la vie quotidienne et sert de référence tout au long de l'accueil.

Le règlement intérieur de fonctionnement vise à définir le fonctionnement des temps périscolaires : modalités d'inscription, tarifs, documents à fournir, santé, règles de vie à respecter.

- MON COMPTE PARTENAIRE est un service Internet gratuit et sécurisé édité par la CAF qui permet une consultation restreinte aux dossiers des allocataires par la commune, notamment le quotient familial mis à jour en temps réel (profil T2). La convention d'utilisation signée avec la CAF précise que les informations mises à disposition sont strictement confidentielles (code d'accès personnel et confidentiel).

Cet outil permettra de vous dispenser de fournir à chaque changement de votre situation familiale une attestation de quotient familial pour bénéficier des tarifs correspondants à ce dernier pour l'accueil périscolaire.

# FICHE FAMILIALE



Saint-Augustin-des-Bois  
Deux-Rives

## Nom, Prénom et adresse du (des) responsable(s) légal (aux) :

Mr  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Tél. professionnel : .....

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

Facture au nom de :  Monsieur

Madame

Monsieur et Madame

Situation Familiale : Marié(e)

Vie maritale ou PACS

Divorcé(e)

Célibataire

Veuf

→ En cas de divorce : fournir la photocopie de la page du jugement spécifiant le lieu de résidence de l'enfant, les modalités de l'exercice de l'autorité parentale et la date du divorce.

CAF - N° Allocataire : .....

MSA : Numéro: .....

## Enfant(s) à inscrire :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... école Albert Jacquard  école Sainte Monique.  Classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... école Albert Jacquard  école Sainte Monique.  Classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... école Albert Jacquard  école Sainte Monique.  Classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... école Albert Jacquard  école Sainte Monique.  Classe : .....

# AUTORISATIONS ET INFORMATIONS DIVERSES

## 1- PERSONNES A PREVENIR OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

Dans le cas où les responsables ne peuvent pas être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à charge.

*Une pièce d'identité sera exigée pour les personnes majeures pour reprendre l'enfant.*

<i>Nom</i>	<i>prénom</i>	<i>Lien de parenté</i>	<i>Téléphone</i>

## 2- DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e).....

Autorise  n'autorise pas  la commune de SAINT-AUGUSTIN -DES-BOIS à photographier mes enfants inscrits à l'accueil périscolaire ou à la restauration scolaire pour la présentation et l'illustration des activités périscolaires, sur les supports de communication communaux.

- Support papier (feuille d'information, bulletin annuel, panneaux d'affichage communaux, dans les locaux communaux...) :      oui                       non
- Sur le site Internet de la commune :    oui                       non

## 2- Cafpro :

Cafpro est un service Internet gratuit.

La Caisse d'Allocations Familiales propose à ses partenaires de consulter certaines données de la base « allocataires » pour développer et faciliter l'accès à l'information individualisée concernant les bénéficiaires des prestations familiales.

Une convention passée avec la CAF permet au gestionnaire des services périscolaires d'avoir accès aux informations nécessaires au calcul de la participation des familles, dans une stricte confidentialité (code d'accès personnel et confidentiel).

Si vous vous opposez à la consultation restreinte de votre dossier via Cafpro, vous devez en faire expressément la demande auprès de la mairie par simple courrier .Dans ce cas, vous devrez obligatoirement fournir une attestation de quotient familial pour déterminer votre tranche tarifaire .A défaut, vous vous verrez appliquer le tarif de la tranche maximum.

## 3- REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DES TEMPS PERISCOLAIRES

*Le règlement, le projet éducatif et pédagogique sont consultables à l'accueil périscolaire.*

Je m'engage à informer mon (mes) enfant(s) des règles de vie. Mon enfant s'engage à respecter les règles de vie à l'accueil périscolaire, aux TAP et au restaurant scolaire.

Date.....      Signature des responsables légaux et des enfants (sur informatique, écrire le Nom et Prénom en toute lettre) :





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE MON 2<sup>ÈME</sup> ENFANT



Une fiche sanitaire par enfant.

NOM..... Prénom.....

Age : ..... ans

GARCON       FILLE

**VACCINATIONS** : Joindre une photocopie du carnet de vaccination

Date du vaccin et rappel D.T Polio

.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui       non

**Attention :** Si oui, joindre une ordonnance récente et un mot des parents précisant la prescription médicale, ainsi que les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice. Les médicaments doivent être remis à un adulte.

**Maladies chroniques :** asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) .....

### **Allergies :**

Asthme :             oui       non

Médicamenteuses :     oui             non

Alimentaires :     oui       non

Si oui, préciser : .....

Si oui, préciser : .....

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 ...)

en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

**Protocole d'accueil individualisé**     oui     non    Durée de validité : .....

**Autres informations utiles :** votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes spécifiques, des prothèses

auditives, des prothèses dentaires, etc ... : .....

**Médecin traitant :** ....., **tél. :** .....

## AUTORISATION RENDUE NECESSAIRE PAR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT :

*En cas d'urgence, nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame....., responsables légaux, autorisons l'anesthésie de

l'enfant : ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à

évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale. Nous déclarons exacts les renseignements

portés sur cette fiche.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE MON 3<sup>ÈME</sup> ENFANT



Une fiche sanitaire par enfant.

NOM..... Prénom.....

Age : ..... ans

GARCON  FILLE

**VACCINATIONS** : Joindre une photocopie du carnet de vaccination

Date du vaccin et rappel D.T Polio

.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

**Attention :** Si oui, joindre une ordonnance récente et un mot des parents précisant la prescription médicale, ainsi que les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice. Les médicaments doivent être remis à un adulte.

**Maladies chroniques :** asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) .....

### Allergies :

Asthme :  oui  non Médicamenteuses :  oui  non

Alimentaires :  oui  non Si oui, préciser : .....

Si oui, préciser : ..... 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 ...)

en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

**Protocole d'accueil individualisé**  oui  non Durée de validité : .....

**Autres informations utiles :** votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes spécifiques, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... : .....

**Médecin traitant :** ....., **tél. :** .....

## AUTORISATION RENDUE NECESSAIRE PAR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT :

*En cas d'urgence, nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame....., responsables légaux, autorisons l'anesthésie de l'enfant : ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale. Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE MON 4<sup>ÈME</sup> ENFANT

Une fiche sanitaire par enfant.

NOM..... Prénom.....

Age : ..... ans

GARCON  FILLE

**VACCINATIONS** : Joindre une photocopie du carnet de vaccination

Date du vaccin et rappel D.T Polio

.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

**Attention :** Si oui, joindre une ordonnance récente et un mot des parents précisant la prescription médicale, ainsi que les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice. Les médicaments doivent être remis à un adulte.

**Maladies chroniques :** asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) .....

### **Allergies :**

Asthme :  oui  non Médicamenteuses :  oui  non

Alimentaires :  oui  non Si oui, préciser : .....

Si oui, préciser : ..... 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 ...)

en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

**Protocole d'accueil individualisé**  oui  non Durée de validité : .....

**Autres informations utiles :** votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes spécifiques, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... : .....

**Médecin traitant :** ....., **tél. :** .....

## AUTORISATION RENDUE NECESSAIRE PAR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT :

*En cas d'urgence, nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame....., responsables légaux, autorisons l'anesthésie de

l'enfant : ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à

évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale. Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.