



Inscription administrative aux services périscolaires

- Accueil périscolaire matin (APS)
- Restaurant scolaire et à la pause méridienne,
 - Accueil périscolaire soir
 - Transport scolaire

Madame, Monsieur,

Afin de procéder à l'inscription administrative de votre enfant aux services périscolaires, nous vous invitons à nous retourner les documents suivants, complétés et signés, par mail ou directement déposés au bureau de la direction de l'APS dans les meilleurs délais et au plus tard le 3 juillet 2020.

Cette inscription sera prise en compte uniquement si le dossier est complété et signé, accompagné de **toutes** les pièces justificatives demandées.

Il vous sera ensuite nécessaire d'inscrire votre enfant aux différents services en accédant au portail citoyen : (<https://portail.berger-levrault.fr/5957/accueil>) dans un délai de 7 jours minimum avant la date concernée pour la restauration scolaire et 48h avant pour l'accueil périscolaire.

Vous remerciant par avance de votre compréhension.

Bien cordialement,

Virginie SIRAC et Jonathan TAMINE

Responsables de l'Accueil Périscolaire et des services scolaires de Carignan de Bordeaux

2, rue de Verdun
33360 - CARIGNAN DE BORDEAUX
Tél : 05.56.21.98.51 / Tél : 06.12.12.73.69
aps@carignandebdx.fr

Horaires d'ouverture du bureau de l'accueil périscolaire, **(en dehors du confinement)** :

Les lundis, mardis, jeudis et vendredi de 9h à 11h et sur rendez-vous au 05.56.21.98.51.

En dehors de ces horaires, les locaux sont fermés au public.

Constitution du dossier (document à envoyer par mail si possible)

- Dossier d'inscription ci joint
 - Pages de vaccinations
 - Justificatif CAF / MSA
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
 - Attestation d'assurance maladie
- Dernier avis d'imposition du foyer ou des 2 parents
- Attestations employeurs pour chacun des parents ou de Pôle emploi

La tarification du restaurant scolaire

Le tarif de la restauration scolaire comprend le repas ainsi que l'encadrement et la surveillance des enfants avant et après le repas.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

- 1- le revenu fiscal du foyer de l'année N-1 figurant sur votre avis d'imposition sur le revenu
- 2- le taux d'effort correspondant au nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille :

Nombre d'enfants	1	2	3	4 et plus
Taux d'effort	0,1042 %	0,0943 %	0,0805 %	0,0649 %

- 3- le prix plancher 0,85 € et le prix plafond 5,95 €

La tarification de l'accueil périscolaire du matin

Le tarif de l'accueil du matin comprend l'encadrement et la surveillance des enfants.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

- 1- le revenu fiscal du foyer de l'année N-1 figurant sur votre avis d'imposition sur le revenu
- 2- le taux d'effort correspondant au nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille :

Nombre d'enfants	1	2	3	4 et plus
Taux d'effort	0,0331 %	0,0299 %	0,0256 %	0,0206 %

- 3- le prix plancher 0,50 € et le prix plafond 3,50 €

La tarification de l'accueil périscolaire du soir

Le tarif de l'accueil du soir comprend le goûter, l'encadrement et la surveillance des enfants.

Le tarif prend en compte les éléments suivants :

- 1- le revenu fiscal du foyer de l'année N-1 figurant sur votre avis d'imposition sur le revenu
- 2- le taux d'effort correspondant au nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans composant la famille :

Nombre d'enfants	1	2	3	4 et plus
Taux d'effort	0,0539 %	0,0487 %	0,0416 %	0,0335 %

- 3- le prix plancher 1 € et le prix plafond 6 €

RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM – PRENOM :

.....

EN QUALITE DE :

.....

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE(s) : Portable : Fixe

ADRESSE MAIL :@.....

PROFESSION :

.....

EMPLOYEUR :

.....

COUVERTURE SOCIALE : CPAM MSA (agricole) AUTRE à préciser

.....

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

.....

RESPONSABLE 2

NOM – PRENOM :

.....

EN QUALITE DE :

.....

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE(s) : Portable : Fixe

ADRESSE MAIL :@.....

PROFESSION :

.....

EMPLOYEUR :

.....

COUVERTURE SOCIALE : CPAM MSA (agricole) AUTRE à préciser

.....

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

.....

FACTURATION

LA FACTURATION EST A ADRESSER A : RESPONSABLE 1 RESPONSABLE 2

NOMBRE D'ENFANTS MINEURS DE MOINS DE 18 ANS DANS LE FOYER :

Cadre réservé à l'administration :

- Dossier d'inscription - Pages de vaccinations

- Justificatif CAF / MSA - Attestation d'assurance en responsabilité civile

- Attestation d'assurance maladie - Dernier avis d'imposition

- Attestations employeurs ou de Pôle emploi

Inscription au restaurant scolaire et à la pause méridienne

NOM – PRENOM de l'enfant

SEXE : féminin masculin

CLASSE (à la rentrée prochaine) :

Date et lieu de naissance :A.....

AGE :

*** INDICATIONS MEDICALES :**

- Appareil dentaire : OUI NON

- L'enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer le motif :

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :

- Autre à préciser :

- Nom / Prénom du médecin traitant :Téléphone :

Adresse :

*** DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d'animations avec affichage au sein de l'APS et dans le journal de la commune. OUI NON

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant,,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'APS à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signatures :

Responsable 1

Responsable 2

Inscription à l'accueil périscolaire du matin

NOM – PRENOM de l'enfant

SEXE : féminin masculin

CLASSE (à la rentrée prochaine) :

Date et lieu de naissance :A.....

AGE :

*** INDICATIONS MEDICALES :**

- Lunettes : OUI NON - Appareil auditif : OUI NON

- Appareil dentaire : OUI NON - Autorisé.e à faire du sport : OUI NON

- L'enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer le motif :

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :

- Autre à préciser :

- Nom / Prénom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

*** DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d'animations avec affichage au sein de l'APS et dans le journal de la commune. OUI NON

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant,,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'APS à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signatures :

Responsable 1

Responsable 2

Inscription à l'accueil périscolaire du soir

NOM – PRENOM de l'enfant

SEXE : féminin masculin

CLASSE (à la rentrée prochaine) :

Date et lieu de naissance : A.....

AGE :

*** INDICATIONS MEDICALES :**

- Lunettes : OUI NON - Appareil auditif : OUI NON

- Appareil dentaire : OUI NON - Autorisé.e à faire du sport : OUI NON

- L'enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer le motif :

- Allergies ou recommandations alimentaires médicales :

- Autre à préciser :

- Nom / Prénom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

*** DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre d'animations avec affichage au sein de l'APS et dans le journal de la commune. OUI NON

*** AUTORISATION POUR VOTRE ENFANT A QUITTER SEUL L'APS :** OUI NON

Les autorisations ponctuelles devront impérativement être envoyées par mail (aps@carignandebdx.fr) ou remises en main propre aux animateurs de l'APS. Sans ce document manuscrit, les enfants ne quitteront pas l'établissement sans adulte autorisé.

*** PERSONNE(S) AUTORISE(ES) A RECUPERER MON ENFANT :**

- Nom / Prénom : téléphone :

Lien de parenté : A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Nom / Prénom : téléphone :

Lien de parenté : A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Nom / Prénom : téléphone :

Lien de parenté : A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant,,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'APS à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signatures :

Responsable 1

Responsable 2