



### **Inscription administrative aux services périscolaires**

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

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 au plus tard le 3 juillet 2020.

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

Il vous sera demandé ensuite d'inscrire votre enfant aux différents services en accédant au portail citoyen : (<https://portail.berger-levrault.fr/5957/accueil>)

Vous remerciant par avance de votre compréhension.

Bien cordialement,

Virginie SIRAC et Jonathan TAMINE

Responsables de l'Accueil Périscolaire et du Service des Affaires 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](mailto:aps@carignandebdx.fr)

Horaires d'ouverture du bureau de l'accueil périscolaire :

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis 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

## 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 €

Pour connaître vos tarifs, n'hésitez pas à contacter le service des affaires scolaires.

## 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](mailto: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