



La Communauté de Communes des Aspès

Nom (enfant) :

Prénom :

Village :

Classe :

Dossier à retourner avant le 28 Juin 2019
à la Communauté de Communes des Aspès

DOCUMENTS À FOURNIR

- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile (à communiquer dès réception)
- Photocopie vaccins
- Justificatif de travail / contrat, bulletin de paye...

POUR LES FAMILLES CONCERNÉES

- Règlement de prélèvement automatique signé
- Mandat SÉPA
- Planning de garde alternée signé des 2 parents

DOSSIER D'INSCRIPTION

COCHER LE(S) ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉE(S)

- Restauration Scolaire
- Périscolaire matin et soir (écoles primaires de Thuir)
- ALSH - Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires



PAI / Allergie

Pour le service garderie (maternel), vous rapprocher de la mairie

ANNÉE SCOLAIRE
2019 / 2020

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ

Merci également de vérifier que vous êtes à jour du règlement de vos factures antérieures auprès des services de la Communauté de Communes des Aspès.

BANYULS DELS ASPRES - BROUILLA - CAIXAS - CALMEILLES - CAMÉLAS
- CASTELNOU - FOURQUES - LLAURO - MONTAURIOL - OMS - PASSA
- SAINT JEAN LASSEILLE - SAINTE COLOMBE DE LA COMMANDERIE -
TERRATS - THUIR - TORDÈRES - TRESSERRE - TROUILLAS - VILLEMOLAQUE

Notre site est à votre disposition pour toutes informations :
www.cc-aspres.fr

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Age :

École : Classe :

N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :

N° CAF :

Ou MSA :

SI MATERNELLE PRÉCISER :

- Petite section
- Moyenne section
- Grande section

RESPONSABLE DE L'ENFANT : (Cocher les cases correspondantes)

Mme M. Nom :

Prénom :

Adresse :

Payeur oui non

Signature :

Mme M. Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Payeur oui non

Signature :

  :
 :

Profession :

Employeur : 

  :
 :

Profession :

Employeur : 

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom : Nom : Nom :

lien de parenté : lien de parenté : lien de parenté :



 :  :  :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT : (si différents)

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

lien de parenté : lien de parenté : lien de parenté :

 :  :  :

AUTRES AUTORISATIONS : (Cocher la case utile)

• DROIT À L'IMAGE :

J'autorise Je n'autorise pas

la Communauté de Communes des Aspres à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités de la restauration scolaire, ALSH ou Les Mercredis et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.

• PARTICIPATION DE L'ENFANT :

J'autorise Je n'autorise pas

l'enfant désigné à participer à toutes les activités et sorties des mercredis, l'Accueil de Loisirs ou de la Restauration scolaire.

• COMMUNICATION DES SERVICES :

J'autorise Je n'autorise pas

les services de la Communauté de Communes des Aspres à transmettre par courriel ou sms toute information hors service Enfance (tourisme, déchets, eau et assainissement...)

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la Communauté de Communes des Aspres :

www.cc-aspres.fr ou sur demande aux services.

- Restauration scolaire
- Périscolaire Thuir primaire (matin à partir de 7h30 / soir à partir de 17h00)
- Accueil de Loisirs

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s)

le

Certifie l'exactitude des infos ci-dessus

Date et signature :

J'INSCRIS L'ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tarif : se renseigner auprès de votre mairie
ou la Communauté de Communes des
Aspres ou sur cc-aspres.fr

- Inscription «forfait» pour toute l'année scolaire / 4 jours, **possible jusqu'en décembre inclus** Aspres ou sur cc-aspres.fr
ou
 Inscription «dérogatoire» à jours fixes : lundi mardi jeudi vendredi **(cocher les jours à réserver)**
 Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation **10 jours avant la date d'inscription**

Demande faite pour le motif suivant :

.....
.....
.....

Attention : la dérogation est accordée pour une année scolaire complète

Demande d'inscription à compter du :

Date et Signature d'un élu :

Accordée Refusée



SI ALLERGIE ALIMENTAIRE LES PARENTS INFORMENT L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE AFIN DE METTRE EN PLACE UN PROJET ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI). RENSEIGNER IMPÉRATIVEMENT LA RUBRIQUE «ALLERGIE» DE LA FICHE SANITAIRE EN PAGE SUIVANTE. AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ HORS PAI.

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

- Matin avant la classe : lundi mardi mercredi jeudi vendredi
- Après-midi après la classe : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Tarif : Péricolaire se renseigner à la Communauté de Communes des Aspres

J'INSCRIS L'ENFANT LES MERCREDIS

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'Accueil de Loisirs pour les Mercredis :

- Inscriptions journée complète **oui** **non**
- Inscriptions à la demi-journée avec repas **oui** **non**
- Inscriptions à la demi-journée sans repas **oui** **non**

Tarif : se renseigner auprès de la Communauté de Communes des Aspres

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ALSH

S'adresser au service enfance pour toutes les inscriptions aux Accueils de Loisirs pour les vacances scolaires au 04 68 53 73 63 ou au siège de la Communauté de Communes des Aspres.

Si vous avez renseigné votre adresse mail, vous serez averti à chaque période de l'ouverture des inscriptions.

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 7 jours avant chaque période.

Tarif : se renseigner auprès de la Communauté de Communes des Aspres

MODALITÉS DE RÈGLEMENT :

Si vous avez renseigné votre adresse mail, vous serez averti de la mise en ligne de votre facturation sur l'espace famille

Mode de paiement :

- **Par internet** : cc-aspres.fr (identifiants à l'espace famille)
- **Par prélèvement automatique** : joindre un **RIB, Mandat SEPA et Règlement PA** complétés à retourner
- **Par chèque libellé** à l'ordre de « Régie service famille » à envoyer à la Communauté de Communes
- **En espèces** : en mairie ou à la Communauté de Communes des Aspres
- **Par CESU** : uniquement pour les ALSH

Vos factures sont disponibles sur l'Espace Famille du site cc-aspres.fr.

Vos identifiants « code famille » et « mot de passe » sont indispensables pour vous connecter sur votre espace sécurisé.

Ils sont inchangés pour les familles inscrites les années précédentes.

Pour les nouveaux inscrits, renseignez-vous auprès de nos services au 04 68 53 21 87 au cours du 1^{er} mois d'inscription.

Pensez ECOlogie & ECONomies: n'imprimez que si nécessaire et privilégiez la dématérialisation des factures !

Si vous optez pour recevoir vos factures par courrier postal, veuillez vous adresser à la Communauté de Communes des Aspres

Nom (enfant) : Prénom :
Classe :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il **un traitement médical**

oui non

Si oui joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être administré

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

• RUBÉOLE oui non
• VARICELLE oui non
• ANGINE oui non
• RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui non
• SCARLATINE oui non

• COQUELUCHE oui non
• OTITE oui non
• ROUGEOLE oui non
• OREILLONS oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non
AUTRES :



PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, habitudes alimentaires etc...

ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP



SCOLARISATION : ECOLE INSTITUTION (IME, IEM, IES, ITEP...) A DOMICILE

• **Dispositif :** AUCUN AVS ULIS SAPAD AUTRES

Nom de l'Ecole ou de l'Institution :

• **Type de Suivi :** AUCUN PMI CAMSP CMP CMPP HÔPITAL DE JOURS SESSAD AUTRES

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

	DT polio, Coqueluche, HIB	Hépatite B	Pneumocoque	Meningocoque	ROR
1 ^e Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

BCG fait

oui non

Autres (précisez) :

Vue le signature de l'infirmière :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (Mme/M.) responsable légal de l'enfant
en classe de école de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date et signature :