



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE
2024 / 2025

ACCUEIL DE LOISIRS - VACANCES -

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

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS _____

- THUIR PRIMAIRE THUIR MATERNEL
 TROUILLAS BANYULS DELS ASPRES

DOCUMENTS À FOURNIR

- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile (à communiquer dès réception)
 Photocopie vaccins

Vos factures sont dématérialisées. Elles sont sur l'Espace Citoyen du site cc-aspres.fr.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

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

Mode de paiement au choix :

- Espace Citoyen: CB ou prélèvement automatique
- En espèces, chèques ou CESU : à la Communauté de Communes des Aspès

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 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

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation générale sur la protection des données dite RGPD, nous vous informons que les informations collectées servent à la gestion des fiches d'inscriptions aux services Périscolaires et/ou Accueil de Loisirs Sans hébergements et/ou restaurations scolaires traités par la Communauté de Communes des Aspès par les personnes dûment habilitées. Elles seront conservées durant la période de fréquentation de l'enfant aux établissements qui utilisent les données collectées dans le cadre de ce traitement. Les droits d'accès et de rectification prévus par les articles 15 et 16 du Règlement (UE) 2016/679 (Règlement général sur la protection des données) ainsi que les droits d'opposition (art 21 du RGPD), de limitation (art 18 du RGPD), et d'effacement (art 17 du RGPD) s'appliquent au présent traitement. Vous pouvez les exercer sur simple demande en adressant un courrier muni de l'identité du demandeur au DPO de la Communauté de Communes des Aspès: Communauté de Communes des Aspès, à l'attention du DPO, immeuble Christian Bourquin, 2 allée Hector Capdellayre 66300 THUIR. Ou à l'adresse mail : dpo.ccaspres@lg-partenaires.fr

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

Tout changement en cours d'année est à signaler directement au service d'inscription
(coordonnées, informations diverses...)

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

Mme M. Nom :
Prénom :

Adresse :

.....

.....

 :

  :

Profession :

Employeur :

 :

Mme M. Nom :
Prénom :

Adresse (si différente):

.....

.....

 :

  :

Profession :

Employeur :

 :

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

 N° CAF obligatoire : Ou MSA :

Si les factures sont à repartir entre les responsables désignés (garde alternée, séparation...) vous rapprocher du service d'inscription pour les modalités.
Uniquement si vous êtes concerné merci de joindre le planning de garde alternée signé des deux parents

PERSONNE(S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

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

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

Nom :

Prénom :

lien de parenté :

 :

AUTRES CONSENTEMENTS : Je donne mon consentement pour que : (Cocher la case utile)

DROIT À L'IMAGE : la Communauté de Communes des Aspres utilise 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. Oui Non

PARTICIPATION DE L'ENFANT : l'enfant désigné participe à toutes les activités et sorties des mercredis, l'Accueil de Loisirs ou de la Restauration scolaire. Oui Non

COMMUNICATION DES SERVICES : les services de la Communauté de Communes des Aspres transmettent par courriel ou sms toute information **hors service Enfance** (tourisme, déchets, eau et assainissement...) Oui Non

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

Accueil de Loisirs

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

<p>Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le</p> <p>Certifie l'exactitude des infos ci-dessus Date et signature :</p>
--

FICHE SANITAIRE

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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • VARICELLE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • OTITE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • ANGINE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • OREILLONS | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • SCARLATINE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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'École ou de l'Institution :

Type de Suivi : Aucun PMI CAMSP CMP CMPP Hôpital de Jour
 SESSAD Autres Ne souhaite pas répondre

Bénéficiaire de l'AEEH : Oui Non Ne souhaite pas répondre

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

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

Pensez à joindre la photocopie des vaccins

BCG fait Oui Non

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 :