



# ACCUEIL PERISCOLAIRE ACCUEIL DE LOISIRS RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2011/2012

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS / FAMILLE : .....

<p><b>1<sup>er</sup> enfant</b></p> <p>Nom et prénom de l'enfant : .....</p> <p>Classe qu'il fréquentera en 2011/2012 : .....</p> <p>Date/ lieu/ pays de naissance de l'enfant : .....</p> <p>Régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez.....</p> <p>Régime sans porc <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    autres.....</p>	Photo
<p><b>2<sup>ème</sup> enfant</b></p> <p>Nom et prénom de l'enfant : .....</p> <p>Classe qu'il fréquentera en 2011/2012 : .....</p> <p>Date/ lieu/ pays de naissance de l'enfant : .....</p> <p>Régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez.....</p> <p>Régime sans porc <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    autres.....</p>	Photo
<p><b>3<sup>ème</sup> enfant</b></p> <p>Nom et prénom de l'enfant : .....</p> <p>Classe qu'il fréquentera en 2011/2012 : .....</p> <p>Date/ lieu/ pays de naissance de l'enfant : .....</p> <p>Régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez.....</p> <p>Régime sans porc <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    autres.....</p>	Photo
<p><b>4<sup>ème</sup> enfant</b></p> <p>Nom et prénom de l'enfant : .....</p> <p>Classe qu'il fréquentera en 2011/2012 : .....</p> <p>Date/ lieu/ pays de naissance de l'enfant : .....</p> <p>Régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez.....</p> <p>Régime sans porc <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    autres.....</p>	Photo

*Toute allergie alimentaire ou traitement médical particulier ne seront considérés que s' ils  
font suite à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*





# Autorisation parentale

- De soins d'urgence
- De prise de photographies
- Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

## Restaurant scolaire, Accueil de loisirs et Accueil Périscolaire

Je soussigné (e).....

Responsable légal de l'enfant (des enfants) :

- .....
- .....
- .....
- .....

► Autorise  n'autorise pas

Le personnel d'encadrement des services municipaux à faire soigner mon (mes) enfant (s), à faire pratiquer toute intervention d'urgence, à le (les) faire transporter à l'hôpital du secteur par les services de secours.

► Autorise  n'autorise pas  le personnel d'encadrement des services municipaux à prendre mon (mes) enfant (s) en photo.

Les photos prises lors des activités peuvent être utilisées pour tout support de communication réalisé par la municipalité et éventuellement apparaître sur le site communal.

► Autorise les personnes suivantes (nom et prénom) à venir chercher mon (mes) enfant (s) au sein des services municipaux :

- M.....
- M.....
- M.....
- M.....
- M.....

Fait à Cranves Sales le : .....

Signature



# Inscriptions 2011/2012

## CONCERNANT LE QUOTIENT FAMILIAL

Le calcul du quotient familial permet d'obtenir, lors de l'inscription d'un enfant à un service municipal, un tarif adapté aux possibilités contributives de la famille en tenant compte de sa composition.

**Voici 3 options proposées. Quelque soit votre choix vous devez nous faire parvenir un des trois coupons réponse.**

*Option 1)* Si vous souhaitez que votre quotient familial soit communiqué au secrétariat :

Numéro d'allocataire caf du foyer : .....
Je soussigné (e).....
Responsable légal de l'enfant : .....
Autorise le secrétariat des services périscolaires à accéder à mon quotient familial sur le site de la Caisse d'Allocations Familiales pour l'année 2011/2012. Ceci dans le but de calculer mes factures restaurant scolaire, accueil de loisirs et accueil périscolaire en fonction de mes revenus.
Fait le :
Signature

*Option 2)* Si vous ne souhaitez pas faire connaître vos ressources.

Nom de famille du foyer.....
<input type="checkbox"/> <b>Je ne désire pas communiquer ces documents à vos services, j'accepte donc de payer mes factures au barème le plus élevé.</b>
Fait le :
Signature

*Option 3)* Vous souhaitez transmettre votre avis d'imposition dès réception de celui-ci accompagné des documents demandés



## Calcul des quotients familiaux

**QF=  $\frac{1/12\text{eme des revenus de l'année précédente} + \text{prestations familiales du mois du calcul}}{\text{Nombre de parts}}$**

Nom de famille du foyer.....

Afin de calculer au plus juste le quotient familial, chaque famille doit nous préciser si elle bénéficie des allocations suivantes et dans ce cas nous joindre l'avis d'imposition 2010 et les attestations correspondantes car elles n'apparaissent pas sur l'avis d'imposition :

*(Cocher les cases qui correspondent à vos allocations)*

- Avis d'imposition
- Montant des allocations familiales (AF)
- Montant du complément familial (CF)
- Montant de l'allocation du soutien familial (ASF)
- Montant de l'allocation de présence parentale (AJJP)
- Montant de l'allocation logement (APL-ALF-ALS)
- Montant du revenu solidarité active (RSA)
- Montant de l'allocation handicapé (AAH-CRH)
- Montant de l'allocation pou enfants handicapés (AEEH)

Signature

Fait le :

**Toute fausse déclaration de ressources ou de situation familiale entraînera l'exclusion définitive de l'ensemble des bénéficiaires des prestations municipales et l'application du tarif maximum pour le mois de facturation en cours.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Code de l'Action et des Familles

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

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

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

