



ACCUEIL PERISCOLAIRE ACCUEIL DE LOISIRS RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2011/2012

FICHE DE RENSEIGNEMENTS / FAMILLE :

| | |
|---|-------|
| <p>1^{er} enfant</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>2^{ème} enfant</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>3^{ème} enfant</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>4^{ème} enfant</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"/> Je ne désire pas communiquer ces documents à vos services, j'accepte donc de payer mes factures au barème le plus élevé. |
| 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.



ATTESTATION D'EMPLOYEUR

A compléter par l'employeur et à rendre en original,
aucun autre document ne sera accepté en substitution

JE SOUSSIGNE (E) _____

AGISSANT EN QUALITE DE _____

NOM DE LA SOCIETE OU ENTREPRISE _____

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL _____

CODE POSTAL _____

CERTIFIE EMPLOYER MONSIEUR / MADAME

NOM _____ PRENOM _____

DEMEURANT _____

SOUS CONTRAT A DUREE DETERMINEE

▪ DU _____ AU _____

▪ TEMPS DE TRAVAIL COMPLET
 PARTIEL

Jours travaillés : lundi jeudi Mardi vendredi

SOUS CONTRAT A DUREE INDETERMINEE

▪ DEPUIS LE _____

▪ TEMPS DE TRAVAIL COMPLET
 PARTIEL

Jours travaillés : lundi jeudi Mardi vendredi

JE CERTIFIE QUE LE SALARIE N'EST NI EN PERIODE DE PREAVIS,
DE LICENCIEMENT NI DE DEMISSION

FAIT LE _____

SIGNATURE ET CACHET
DE L'ENTREPRISE

⇒ Toute fausse déclaration peut entraîner la responsabilité de l'employeur ainsi que l'annulation de l'inscription de l'enfant (des enfants) concernés. Document strictement confidentiel utilisé exclusivement par la Direction Municipale de la Jeunesse de la commune de Cranves-Sales. Attestation indispensable pour prioriser l'accueil des enfants selon les critères du règlement intérieur et en fonction de la capacité d'accueil des structures communales.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Code de l'Action et des Familles

1 – ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARCON 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)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT DES DATES ET MES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

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

5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT

NOM.....PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....

TÉL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L’ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L’ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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