

**SERVICE E.J.E.**

Centre Administratif
146, Avenue de la Plage
Tél. 04 67 32 84 93
E-Mail : eies@orange.fr

FICHE D'INSCRIPTION 2012/2013
Accueil de Loisirs Associé à l'École (A.L.A.E)
Et Restaurant Scolaire

Ce questionnaire comportant des *informations essentielles* pour l'admission de votre enfant en péri-scolaire, nous vous remercions d'y répondre soigneusement.

NOM, PRENOM DE L'ENFANT.....DATE DE NAISSANCE.....

NOM,PRENOM DU PARENT AYANT L'ENFANT A CHARGE :

ADRESSE..

NOM,PRENOM DE L'AUTRE PARENT.....

ADRESSE..

TELEPHONE DOMICILETEL PORTABLE

TELEPHONE TRAVAIL

N° CAF

Classe envisagée rentrée 2012/2013 (ex : CP, CE1, CE2 etc...)

NOM DE LA (OU DES) PERSONNE (S) SUSCEPTIBLE (S) DE VENIR CHERCHER L'ENFANT :

.....Tél.....

.....Tél.....

.....Tél.....

.....Tél.....

Si vous souhaitez recevoir des informations du service E.J.E.S par e- mail :

E-MAIL

PRESENCE DE L'ENFANT

- MATIN
 SOIR ETUDE SURVEILLEE *
 MATIN ET SOIR
 OCCASIONNELLEMENT
JOUR

SORTIE REGULIERE

Participation à des activités de loisirs, sportives, etc.
JOUR HEURE

ACTIVITE

***Fournir un justificatif d'activité professionnelle pour l'étude surveillée.**

RAPPEL DES HORAIRES : A.L.A.E.

7H00-8H45 11H55-13H45 16H45-18H30 pour Paul BERT (Tél : 04.67.32.15.23)

7H00-9H00 12H10-13H45 16H55-18H30 pour Ferdinand BUISSON (Tél : 04.67.32.15.23)

7h00-8h30 11h40-13h20 16h30-18h30 pour Jules FERRY (Tél : 04.67.26.68.54)

Les parents sont tenus de respecter ces horaires. En cas de force majeure, prière de prévenir l'école ou les animateurs. Merci de votre compréhension.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | R.O.R | |
| Poliomyélite | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | |
| BCG | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? 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) **OBLIGATOIRE**

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE 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 AIGU Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE 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"/> | |

ALLERGIES : ASTHMES Oui non MEDICAMENTEUSES Oui non
 ALIMENTAIRES Oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT
TEL.

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE,ACCIDENT,CRISES CONVULSIVES,HOSPITALISATION,OPERATION,
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE ;

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES
DENTAIRE, ETC... PRECISEZ.

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts
Les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.L.A.E. à prendre, le cas échéant,
Toutes mesures , en cas d'accident, de maladie ,traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

« Je déclare exact les renseignements portés
Sur cette fiche d'inscription »

SERIGNAN le
Signature

NOUVELLE TARIFICATION

Dans le cadre de son action sociale, la municipalité a souhaité mettre en place une nouvelle tarification, plus équitable, sur le service de la restauration scolaire pour les familles domiciliées à Sérignan.

La grille tarifaire est indexée selon 2 niveaux :

- 1^{er} niveau : le total du revenu annuel imposable du foyer divisé par le nombre de parents (pour tenir compte des familles mono et bi-parentales).
L'avis d'imposition 2011 du ou des parents ayant la charge de l'enfant fera référence jusqu'au 31 décembre 2013. Pour la tarification à compter du 1^{er} janvier 2014, l'avis d'imposition 2012 sera demandé ultérieurement.
- 2^{ème} niveau : le nombre d'enfants à charge du (ou des) parents au sens des prestations familiales.

Afin de fixer le prix du repas, il vous est demandé de fournir **OBLIGATOIREMENT**

- Attestation CAF ou MSA de moins de 3 mois
- Si non allocataire CAF ou MSA, justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Copie de l'avis d'imposition ou de non imposition 2011

Ces informations resteront strictement confidentielles.

Des contrôles seront effectués, les informations fournies seront croisées avec le fichier CAF.

ATTENTION : les réductions ne s'appliqueront pas en cas de dossier incomplet.

GRILLE TARIFAIRE APPLICABLE

| ENFANTS A CHARGE | REVENU ANNUEL IMPOSABLE MOYEN PAR PARENT | | |
|------------------|--|------------------|---------------|
| | HORS PRESTATIONS FAMILIALES | | |
| | - de 10 000 € | De 10 à 20 000 € | + de 20 000 € |
| 1 | 2,40 € | 3,10 € | 3,45 € |
| 2 | 2,20 € | 3 € | 3,35 € |
| 3 et plus | 2 € | 2,90 € | 3,25 € |

Pour les familles non domiciliées à Sérignan le tarif unique est fixé à : 3,70 €.

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire et vous prions de le retourner le plus rapidement au service E.J.E