



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE
2021 / 2022

AUX SERVICES DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DES ASPRES

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Age :
École de : Classe :
Si maternelle préciser : Petite section Moyenne section Grande section

**Dossier à retourner
avant le 25 Juin 2021**
à votre Mairie
ou pour les enfants scolarisés
à Thuir à la Communauté de Communes des Aspres

DOCUMENTS À FOURNIR

- Nouveau : Attestation CAF de quotient familial 2021**
- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile (à communiquer dès réception)
- Photocopie vaccins
- Justificatif de travail / contrat, bulletin de paye...

COCHER LE(S) ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉ(S)

- Restauration scolaire
- Périscolaire matin et soir (Uniquement écoles primaires de Thuir)

Pour le service garderie des autres établissements scolaires, vous rapprocher de votre mairie

- ALSH - Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires



PAI / Allergie voir page 4

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 Aspres.

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 Aspres 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 prévues 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 Aspres: Communauté de Communes des Aspres, 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, arrêt du service restauration, 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 répartir 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 : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

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 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 :

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

- Restauration scolaire
- Périscolaire Thuir primaire
- Accueil de Loisirs

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

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

J'INSCRIS L'ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE _____

ATTENTION MODIFICATION : tarif unitaire.

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

Inscription annuelle pour toute l'année scolaire / 4 jours.


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 : _____

 **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.**

Date et Signature d'un élu :

Accordée Refusée

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE Oui Non _____

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

Trimestre 1 (Rentrée)

Trimestre (Janvier)

Trimestre 3 (Avril)

J'INSCRIS L'ENFANT LES MERCREDIS Oui Non _____

Tarif : Se renseigner à la Communauté de Communes des Aspres

J'INSCRIS L'ENFANT À L'ALSH Oui Non _____

Tarif : Se renseigner à la Communauté de Communes des Aspres

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.

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 au choix :

- Par internet : cc-aspres.fr (identifiants à l'espace famille)
- Par prélèvement automatique : Si modification du RIB ou Nouvelle inscription 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 dématérialisées. Elles sont 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

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'AAEH : 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"/>	Pensez à joindre la photocopie des vaccins	
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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 :