



**DOSSIER NOUVELLE INSCRIPTION
POUR LES MERCREDIS ET LES VACANCES
SCOLAIRES ALSH BELIN-BELIET
ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021**

- Accueil périscolaire du mercredi,
- Accueil de loisirs sans hébergement des vacances scolaires,

Le dossier d'inscription de votre enfant est à compléter
puis à retourner avec les documents obligatoires à fournir à :

LA MAIRIE DE LUGOS

Renseignements au SERVICE ENFANCE JEUNESSE

6 Rue des Ecoles

33830 BELIN-BELIET

Lundi, Mercredi et Jeudi : de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30

Mardi : de 8h30 à 12h00

Vendredi : de 8h30 à 12h00 et de 14h00 à 17h00

☎ : 05 56 21 95 63

HORAIRES DES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

➤ APS du Mercredi :

- Accueil temps plus du matin : de 7h00 à 9h00,

Au choix, après inscription et avant 19h00 le lundi soir qui précède le mercredi :

- de 9h00 à 12h00 (1/2 journée sans repas)

- de 9h00 à 13h30 (1/2 journée avec repas)

- de 9h00 à 17h00 (journée)

- de 12h00 à 17h00 (1/2 journée avec repas)

- de 13h30 à 17h00 (1/2 journée sans repas)

- Accueil temps plus du soir : de 17h à 19h.

➤ ALSH des vacances scolaires : ouverture des structures à chaque période de vacances scolaires, soit durant la totalité des 16 semaines de vacances scolaires : Automne, Noël, Hiver, Printemps et Eté.

➤ Facturation : Elle est établie à chaque début de mois. Possibilité de paiement de votre facture par chèque, en numéraire, en dématérialisé (carte bleue) sur votre portail famille.



FICHE D'INSCRIPTIONS AUX STRUCTURES D'ACCUEILS MUNICIPALES



NOM et Prénom de l'enfant :

CONTRAT DE PLACE D'ACCUEIL

Je m'engage à créer mon compte « espace famille » et à le tenir à jour tout au long de l'année scolaire 2020/2021.

Pour les ressortissants CAF et MSA : J'autorise la Mairie de BELIN-BELIET à utiliser le compte partenaire de la CAF ou de la MSA pour la mise à jour de mon quotient familial (QF).

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signatures



DOSSIER D'INSCRIPTION AUX STRUCTURES D'ACCUEILS MUNICIPALES

NOM et Prénom de l'enfant :

DOCUMENTS A COMPLETER

- le dossier d'inscription :

- Avec la fiche famille, les personnes autorisées, les autorisations parentales et la fiche sanitaire de liaison.

- la fiche d'inscription aux structures d'accueils municipales,

- votre adresse mail :@.....

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR ET A RETOURNER AU SERVICE ENFANCE JEUNESSE.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ.

- l'attestation d'assurance en responsabilité civile 2020/2021 de l'enfant,

- l'attestation d'assurance individuelle accident 2020/2021 de l'enfant,

- certificat médical attestant des vaccinations obligatoires ou photocopie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant (noter le nom de l'enfant).

- la photocopie de l'attestation du jugement de divorce (si vous êtes dans ce cas de figure)

Dans le cas d'une garde alternée, merci de nous indiquer si vous souhaitez une facturation séparée

- la photocopie d'avis d'imposition du foyer pour les revenus 2018(reçu en 2019) :

- pour les familles qui ne sont pas allocataires CAF ou MSA,

- pour les familles qui n'ont pas transmis leurs revenus à la CAF ou à la MSA.

- je ne désire pas transmettre mon avis d'imposition et accepte la facturation des services que mon enfant fréquentera au tarif le plus élevé.



FICHE FAMILLE

NOM et Prénom de l'enfant :

FILLE

GARÇON

Date de naissance :/...../.....

LE RESPONSABLE LEGAL : (destinataire de la facturation)

NOM et Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Qualité : Père Mère Beau Père Belle Mère Tuteur/trice Famille d'accueil

Adresse :

Tel. ☎/...../...../...../...../ **☎**/...../...../...../...../

EMPLOYEUR :

Adresse de l'employeur :

Tel. ☎/...../...../...../...../ **☎**/...../...../...../...../

LE (LA) CONJOINT(E) VIVANT AU FOYER

NOM et Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Qualité : Père Mère Beau Père Belle Mère Tuteur/trice Famille d'accueil

Adresse :

Tel. ☎/...../...../...../...../ **☎**/...../...../...../...../

EMPLOYEUR :

Adresse de l'employeur :

Tel. ☎/...../...../...../...../ **☎**/...../...../...../...../

DONNEES DIVERSES

N° CAF GIRONDE :

N° MSA (n° de sécurité sociale de l'allocataire) :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

TOUTE PERSONNE AUTORISÉE A VENIR CHERCHER L'ENFANT,
DOIT ÊTRE MAJEURE ET DOIT SE PRESENTER
MUNIE D'UNE PIECE D'IDENTITÉ.

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr.....
représentant légal de l'enfant.....

N'autorise aucune autre personne à venir chercher l'enfant.

Autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité de ma part :

1) **NOM et Prénom** :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tel. ☎/...../...../...../...../ ☎/...../...../...../...../

2) **NOM et Prénom** :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tel. ☎/...../...../...../...../ ☎/...../...../...../...../

3) **NOM et Prénom** :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tel. ☎/...../...../...../...../ ☎/...../...../...../...../

4) **NOM et Prénom** :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tel. ☎/...../...../...../...../ ☎/...../...../...../...../

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr.....
représentant légal de l'enfant :.....

- l'autorise à se déplacer en bus ou en mini bus lors : de l'APS du mercredi, de l'ALSH des vacances scolaires, et des mini camps : Oui Non
- autorise l'équipe d'animation à filmer et à photographier l'enfant : Oui Non
- autorise le responsable de l'accueil à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident et m'engage à rembourser les frais correspondants : Oui Non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MEDECIN TRAITANT

NOM et Prénom :.....

Adresse :

Tel. ☎...../...../...../...../...../.....

ALLERGIES

Je souhaite que mon enfant bénéficie de la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui Non

- Asthme : oui non , précisez la cause
- Alimentaire : oui non , précisez la cause
- Médicamenteuse : oui non , précisez la cause
- Autres : oui non , précisez la cause

VOTRE ENFANT PORTE T'IL?

- des prothèses auditives : oui non , - des lunettes : oui non , - des lentilles : oui non ,
- des prothèses dentaire : oui non , - autres : oui non

précisez :.....

DIVERS : Indiquez ici les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :.....

Aucun médicament ne pourra être administré sauf dans la cadre d'un P.A.I.

Je soussigné,.....
responsable légal de l'enfant.....
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Fait à Lugos, le

Signatures