

**DOSSIER NOUVELLE INSCRIPTION  
POUR LES MERCREDIS ET LES VACANCES  
SCOLAIRES ALSH BELIN-BELIET  
ANNEE SCOLAIRE 2021 / 2022**

- 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 2021/2022.

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

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.
- le contrat de place d'accueil,
- 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 2021/2022 de l'enfant,
  - l'attestation d'assurance individuelle accident 2021/2022 de l'enfant,
  - certificat médical attestant des vaccinations obligatoires ou photocopie des vaccinations du carnet de santé 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 2020(reçu en 2021) :
    - 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. ☎** ...../...../...../...../...../ **📞** ...../...../...../...../...../

**Profession :** .....

**Lieu de travail :** .....

**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. ☎** ...../...../...../...../...../ **📞** ...../...../...../...../...../

**Profession :** .....

**Lieu de travail :** .....

**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