

DEPOT DES DOSSIERS POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019



Le nouveau dossier 2018/2019 est disponible à l'accueil de votre mairie et également à la mairie de La Roquebrussanne.

Il contient :

- ✦ Une fiche famille
- ✦ Une fiche d'inscription
- ✦ Une fiche enfant/fiche sanitaire recto/verso par enfant

Documents à fournir :

- ✦ Les copies des pages de vaccinations (carnet de santé)
- ✦ La copie du jugement en cas de divorce/séparation
- ✦ Si et seulement si, vous n'avez pas de numéro allocataire CAF :
Le dernier avis d'imposition (nous calculerons votre quotient à partir de votre revenu fiscal de référence ainsi que de votre composition familiale telle que vous l'avez déclarée aux impôts)

Le dossier devra être déposé complet, en mairie, au plus tard le Vendredi 10 Août.
Attention ! Pour les nouvelles familles, et/ou si votre enfant présente des problèmes de santé (PAI, panier repas, allergie, surdité, handicap...) : prendre obligatoirement un rendez vous après le 17 Août au 06.45.60.32.90 ou au 06.78.57.70.57.

Inscriptions



Les inscriptions aux différents services :

Vous pouvez inscrire votre enfant à l'année, à la période ou à la semaine sachant que la règle est identique pour toutes les activités : il est possible d'inscrire/modifier/annuler au plus tard le jeudi avant 12h pour la semaine suivante : par mail ou via les bons de modifications disponibles à l'accueil de la mairie de La Roquebrussanne.

Si vous ne savez pas encore qu'elle sera votre organisation pour cette nouvelle rentrée, merci de ne pas cocher toutes les cases par défaut, mais de procéder à l'inscription par mail/bons de modification au plus tard le jeudi précédant la rentrée scolaire.





Année scolaire 2018/2019

FICHE FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER FISCAL

Coordonnées du responsable légal : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Reconstituée <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : C.P. : Ville : n° tél du domicile : n° tél portable : Profession : n° tél professionnel : Lieu de travail : Régime : n° CAF : n° Sécurité Sociale : Adresse mail :	
Coordonnées de l'autre adulte vivant au foyer : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Reconstituée <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Date de naissance : n° tél portable : n° tél du domicile : Profession : n° tél professionnel : Lieu de travail :	
Coordonnées de l'autre adulte ayant l'autorité parentale : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Reconstituée <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : C.P. : Ville : n° tél du domicile : n° tél portable : Profession : n° tél professionnel : Lieu de travail : Régime : n° CAF : n° Sécurité Sociale : Adresse mail :	
<u>Paiement des factures</u> (Une facture unique pour toutes les activités et par période (de vacances à vacances) : <input type="checkbox"/> Facturation unique : une seule facture envoyée au responsable légal <input type="checkbox"/> Facturation séparée : facturation des semaines paires à envoyer à Facturation des semaines impaires à envoyer à	
Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document, je m'engage à signaler tous changements, en signant j'accepte le règlement de fonctionnement du service (consultable en ligne sur le site internet de la commune ou à l'accueil de la mairie) Fait à : Le <u>Signatures des responsables légaux :</u>	



Année scolaire 2018/2019

FICHE D'INSCRIPTIONS ANNUELLES 2018/2019

ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

↳ **A LA DEMI-JOURNEE :**

De 7h30/9h à 13h30/14h

Tous les mercredis

Les mercredis des semaines Impaires

Les mercredis des semaines paires

↳ **A LA JOURNEE :**

De 7h30/9h à 17h/18h

Tous les mercredis

Les mercredis des semaines impaires

Les mercredis des semaines paires

Tarifs Accueil de Loisirs

Quotient Familial	Accueil de Loisirs	
	½ journée	Journée
QF < 200	3,50	5,00 €
200 ≤ QF < 400	4,50	6,50 €
400 ≤ QF < 600	5,50	8,00 €
600 ≤ QF < 800	6,50	9,50 €
800 ≤ QF < 1000	7,50	11,00 €
1000 ≤ QF < 1200	9,00	12,50 €
1200 ≤ QF < 1400	10,00	14,00 €
1400 ≤ QF < 1600	11,00	15,50 €
1600 ≤ QF < 1800	12,00	17,00 €
1800 ≤ QF < 2000	13,00	17,50 €
2000 ≤ QF	14,00	18,00 €
QF non renseigné	14,00	18,00 €

↳ L'inscription à la demi-journée est disponible uniquement pour les mercredis !



FICHE ENFANT

Identité

Nom :
 Prénom :
 Né(e) le
 À :
 N° de sécurité sociale :

Assurance scolaire/extrascolaire

Nom/adresse de l'agence :

 Numéro d'adhérent :

AUTORISATIONS PARENTALES ANNUELLES 2018/2019

- Je soussigné(e) Mme/Mr Père Mère Tuteur légal
- ✚ Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités proposées par le service en transport collectif (bus, minibus)
 - ✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions médicales, et je m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale
 - ✚ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le service (activités sportives, culturelles, scientifiques, créatives, collectives, baignades surveillées) et certifie qu'il ne présente aucune contre indication médicale à la pratique de ces activités
 - ✚ Autorise l'équipe du service Enfance & Loisirs à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités et à publier ces documents dans le cadre de la communication du service

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom/Prénom N° de tel :
 Nom/Prénom N° de tel :
 Nom/Prénom N° de tel :
 Nom/Prénom N° de tel :
 Nom/Prénom N° de tel :

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document, et m'engage à signaler tous changements au service Enfance & Loisirs

Fait à : Le :

Signatures des responsables légaux :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 1000102

MAIRIE DE LA ROCHEBRUSSANNE - Service enfance & loisirs
06.78.57.70.57 - 06.45.60.32.50 ou enfanceetloisirs@laroquebrussanne.fr

Année scolaire 2018/2019



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1. ENFANT
ANNEE SCOLAIRE : 2018/2019	NOM : PRENOM : Né(e) le : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>

2. VACCINATIONS (joindre une copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3. 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (si oui cocher la case)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : asthme alimentaires médicamenteuses

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lentilles des lunettes des prothèses auditives

Des prothèses ou appareils dentaires autres ? Précisez

Autres recommandations :

.....

.....

5. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif)

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

Fait à le

Signature du responsable légal de l'enfant