

INSCRIPTIONS ACCUEIL DE LOISIRS ENFANCE **ANNEE 2021 – 2022**

Vous envisagez d'inscrire votre enfant au cours de l'année scolaire 2021-2022, vous devez remplir un dossier d'inscription et fournir les documents nécessaires suivants et le déposer impérativement auprès de la direction de l'Accueil de Loisirs souhaité selon les horaires de permanences.

Documents à fournir lors des INSCRIPTIONS PAR ENFANT (Mercredis et vacances scolaires)

- BULLETIN D'INSCRIPTION « ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI » et / ou « VACANCES SCOLAIRES »
- FICHE DE RENSEIGNEMENT ENFANT / FAMILLE
- FICHE AUTORISATIONS PARENTALES
- DOCUMENT PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES
- FICHE SANITAIRE
- PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION (à jour)
- ATTESTATION ALLOCATAIRE (CAF ou autres) avec votre QUOTIENT FAMILIAL (datant de moins de 2 mois ; même si > 2100€).
- ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE de la période en cours
- Coupon règlement intérieur signé
- RIB
- L'autorisation de prélèvement automatique

Si vous êtes concerné :

- Documents relatifs aux AIDES FINANCIERES (Comité d'entreprise, aides sociales ...)

Les documents sont disponibles le site de la Communauté de Communes Cœur de Savoie rubrique Enfance : www.coeurdesavoie.fr, au sein de chaque Accueil de loisirs et à l'accueil de la communauté de Communes place Albert Serraz à Montmélian.

Le dossier est établi pour toute l'année scolaire. Merci de nous avertir en cas de changements.

RAPPEL : Afin que votre demande soit prise en compte, vous devez impérativement fournir l'ensemble des documents complétés et signés au moment de l'inscription.

**BULLETIN D'INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI
ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**

COMMUNAUTE DE COMMUNES CŒUR DE SAVOIE

REPLIR UN BULLETIN PAR ENFANT

Bulletin à remplir uniquement pour les inscriptions du mercredi

Je soussigné(e) M. Mme
responsable de l'enfant : NOM :Prénom :

Tranche d'âge : 3/5 ans 6/8 ans 9/11 ans Sexe : Garçon Fille

Téléphone : Mail : (obligatoire)

M'engage à inscrire mon enfant les mercredis sur le centre de loisirs de :

(Cocher la case correspondant à votre choix)

Chamoux-sur-Gelon	
La Rochette	
Les Marches	
Montmélian	
Saint-Pierre d'Albigny	Dossier et inscription directement auprès de l'ACA CS

selon les modalités suivantes :

à l'année

(remplir le tableau en page 2)

Rappel : toute modification doit intervenir au plus tard 8 jours avant
toute demande doit être effectuée au plus tard 8 jours avant

occasionnellement (Rappel : toute demande doit être effectuée au plus tard 8 jours avant)

Pour des raisons d'organisation, merci de confirmer vos besoins pour les mercredis du mois de septembre 2020

	8/09	15/09	22/09	29/09
Matinée + repas				
Journée avec repas				
Repas + après-midi				

(Vous pouvez également remplir le tableau en page 2 si vous souhaitez déjà réserver certaines dates).



Toute inscription est définitive. A l'issue de la période d'inscription, toute modification et/ou annulation sera facturée selon les termes du règlement intérieur (chapitre annulation / remboursement)

L'inscription ne sera prise en compte qu'à réception du dossier complet d'inscription.

Nom Prénom de l'enfant :

Merci de cocher les mercredis souhaités :

Mercredis :	Journée complète avec repas:	Matin + repas :	Repas + Après midi :	Modifications (ne rien remplir dans cette case)	Date du mail (ne rien remplir dans cette case)
Mercredi 8 septembre					
Mercredi 15 septembre					
Mercredi 22 septembre					
Mercredi 29 septembre					
Mercredi 6 octobre					
Mercredi 13 octobre					
Mercredi 20 octobre					
Mercredi 10 novembre					
Mercredi 17 novembre					
Mercredi 24 novembre					
Mercredi 1 décembre					
Mercredi 8 décembre					
Mercredi 15 décembre					
Mercredi 5 janvier					
Mercredi 12 janvier					
Mercredi 19 janvier					
Mercredi 26 janvier					
Mercredi 2 février					
Mercredi 9 février					
Mercredi 2 mars					
Mercredi 9 mars					
Mercredi 16 mars					
Mercredi 23 mars					
Mercredi 30 mars					
Mercredi 6 avril					
Mercredi 13 avril					
Mercredi 4 mai					
Mercredi 11 mai					
Mercredi 18 mai					
Mercredi 25 mai					
Mercredi 1 juin					
Mercredi 8 juin					
Mercredi 15 juin					
Mercredi 22 juin					
Mercredi 29 juin					
Mercredi 6 juillet					

Certifie exacte les données mentionnées ci-dessus,

Date :

Signature des deux parents



COMMUNAUTE DE COMMUNES CŒUR DE SAVOIE

FICHE ENFANT

ENFANT :

NOM : Prénom :

Né(e) le : .../.../... Sexe : Masculin Féminin

Adresse:
.....

SCOLARITE :

Etablissement scolaire fréquenté pour l'année 2021/2022 :

.....

Classe de :

REPAS SPECIAUX :

PAI Sans Porc Allergies Alimentaires

DIFFICULTES DE SANTE : Il est indispensable de nous signaler et de notifier sur la fiche sanitaire les difficultés de santé ou problèmes rencontrés par votre enfant pour éviter de le mettre dans une situation inconfortable lors de sa venue.

NUMEROS D'URGENCE :

Père (portable): Travail :

Mère (portable) : Travail :

GENERALITES

Quotient Familial :

Numéro Allocataire :

Nom de l'Allocataire :

Nb enfants à charge :

Facture : oui non

Photocopie de l'attestation du QF (datant de moins de 2 mois)

FAMILLE

RESPONSABLES LEGAUX :

Parent 1: (parent qui a la charge de l'enfant)

NOM :

Prénom :

Téléphone domicile :

Profession :

Employeur :

Parent 2:

NOM :

Prénom :

Téléphone domicile :

Profession :

Employeur :

AUTRE PERSONNE AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT :

NOM :

Prénom :

Téléphone domicile :

Portable :

Profession :

Employeur :

MEMO

Numéro de Sécurité Sociale rattaché à l'enfant :

Numéro de la Police d'Assurance Responsabilité Civile :

Adresse mail (pour simplifier les correspondances).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date:

Signature:



AUTORISATIONS PARENTALES

Accueil de loisirs

3 – 11 ans

Année scolaire 2021 - 2022



Je soussigné (e) :

Responsable de l'enfant :

Autorise expressément les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Nom	Prénom	Téléphone portable	Téléphone fixe

Détail des autorisations

- Autorise** mon enfant à participer aux activités intérieures et extérieures organisées par l'accueil de loisirs.
- N'autorise pas**
-
- Autorise** à utiliser sur les différents supports de communication de la communauté de communes, toute photo ou vidéo réalisés dans le cadre des activités présentant l'enfant.
- N'autorise pas**
-
- Autorise** le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, en cas d'urgence, toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessités par l'état de santé de mon enfant et ce au plus près de l'activité
- N'autorise pas**
-
- Autorise** celui-ci à utiliser les moyens de transport proposé pour les activités extérieures.
- N'autorise pas**
-
- Autorise** en cas de besoin la directrice à consulter le site CAFPRO pour obtenir des renseignements sur le QF afin de pouvoir établir la facturation.
- N'autorise pas**

Date et signature :

Fait à le Signature :



PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

NOM :

Prénom :

Les données à caractère personnel, recueillies par le biais du formulaire d'inscription et de la fiche sanitaire de liaison, font l'objet d'un traitement dont le responsable est la Communauté de Communes Cœur de Savoie – Place Albert Serraz – BP 40020 – 73800 Montmélian cedex – 04-79-84-36-27.

Ces données sont collectées en application d'une obligation légale (fiche sanitaire de liaison) et sont nécessaires à l'exécution d'une mission de service public qui est la gestion des inscriptions de vos enfants aux activités organisées par le service Enfance-Jeunesse.

Ces données seront enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté de communes Cœur de Savoie. Elles pourront être destinées à l'Association Cantonale d'Animation de la Combe de Savoie (hors fiche sanitaire de liaison qui devra être redéposée) qui gère l'accueil de loisirs du mercredi sur le secteur de Saint Pierre d'Albigny.

Elles seront conservées durant toute la période pendant laquelle vos enfants pourraient être amenés à bénéficier des activités proposées par le service Enfance-Jeunesse.

Conformément à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel (Le Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données, que vous pouvez exercer par mail, courrier ou en vous présentant à la Communauté de Communes, en précisant vos nom, prénom, adresse et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité.

En cas de difficultés en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles, l'Agence Alpine des Territoires (25 Rue Jean Pellerin, 73000 Chambéry- 04 79 68 53 00) ou auprès de la CNIL ou de toute autre autorité compétente.

J'autorise la Communauté de Communes à utiliser mes données personnelles pour m'envoyer des informations en lien avec un autre service de la Communauté de communes Cœur de Savoie.

Signature



Fiche sanitaire de liaison

NOM _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Garçon • Fille •

ANNEE SCOLAIRE 2021 - 2022

Cet imprimé est à remplir et A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DES ACTIVITES au moment de l'inscription de votre enfant au centre de loisirs.
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE CENTRE.

Il est indispensable de nous signaler les difficultés ou problèmes rencontrés par votre enfant pour éviter de le mettre dans une situation inconfortable lors de sa venue.

De même, afin de garantir un accueil dans les meilleures conditions de l'ensemble des enfants, dès lors que votre enfant nécessite un encadrement ou une attention particulière, vous devez impérativement informer le directeur en amont des inscriptions. Ceci afin d'échanger ensemble sur nos possibilités d'accueil à travers la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

Dans ce cas, l'accueil de votre enfant au sein du centre est soumis à la mise en place de ce Projet d'Accueil Individualisé, et celui-ci doit être scolarisé en milieu ordinaire.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
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 le séjour ? 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). Dans la mesure du possible, la prise d'un traitement (antibiotiques...) se fera au domicile en amont ou après le centre de loisirs.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES (préciser)
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, HANDICAP SENSORIEL LEGER, EPILEPSIE, MALADIE INVALIDANTE...) 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 DENTAIRES, AUTRES PROTHESES, PHOBIES, ETC... PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

Responsable de l'enfant

NOM : Prénom :

Adresse

Code postal Ville

Tél. portable Tél. domicile Tél. bureau

N° de Sécurité Sociale

Nom et téléphone du médecin traitant :

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

En cas d'hospitalisation, celle-ci se fera au plus proche du lieu de l'accident.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Trésor Public p/c COM COM COEUR DE SAVOIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions Du Trésor Public p/c COM COM COEUR DE SAVOIE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 82 ZZZ 673945

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : COM COM COEUR DE SAVOIE PAR CFP MONTMELIAN
Adresse : PLACE ALBERT SERRAZ BP 40020
Code postal :73802
Ville : MONTMELIAN CEDEX
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **Y**

Signé à : _____ Signature : _____
Le (JJ/MM/AAAA) : _____

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur : _____

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :
En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Trésor Public. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le Trésor Public.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.