

RENTREE SEPTEMBRE 2021 DOSSIER D'INSCRIPTION

PERISCOLAIRE



La Mairie met à la disposition des parents un service d'accueil périscolaire tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis dès 7h30 le matin et jusqu'à 18h30 le soir.

Infos :

COORDONNATEUR: Benoît DERUSSEAU

06.07.81.05.30

enfance@brax47.fr

Tarifs

Forfait mensuel (2021) :

Tranche 1 : Quotient Familial < 550€ --> 11€

Tranche 2 : 550€ <= Quotient Familial <1150€ --> 13,50€

Tranche 3 : Quotient Familial >= 1150€ --> 16€

Dépassement du temps légal 12 € la demi heure supplémentaire

Tarif dégressif -60% à partir du 3ème enfant

**Les inscriptions sont à déposer à l'accueil
de la mairie avant le 16 juin 2021 ou par mail
à mairie@brax47.fr**

DOSSIER INSCRIPTION AUX TEMPS PERISCOLAIRES

Si votre enfant fréquente l'accueil périscolaire du matin (7h30-8h50) et/ou du soir (16h30-18h30) et/ou méridien (12h-13h30)

CADRE RESERVE AU SERVICE

Dossier reçu le QF :

- Assurance extrascolaire
 Notification CAF/MSA

- Fiche sanitaire de liaison
 Pages carnet de vaccination

INFORMATIONS UTILES SERVICE

Directeur : DERUSSEAU Benoît
Mail : enfance@brax47.fr

Numéro de téléphone : 06.07.81.05.30

ENFANT

Sexe : Féminin Masculin

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Ecole fréquentée en 2020-2021 : Classe 2021-2022 :

Adresse de l'enfant (si différente) :

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

Père Mère Tuteur Responsable

Situation familiale :

Autorité parentale : OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : .

Mail :(Infos ateliers, facturation, correspondance ENT...)

Employeur : Tél. professionnel :

N° Allocataire (obligatoire) : Régime CAF MSA

RESPONSABLE 2

 Père Mère Tuteur Responsable

Situation familiale :

Autorité parentale : OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : .

Mail :(Infos ateliers, facturation, correspondance ENT...)

Employeur : Tél. professionnel :

N° Allocataire (obligatoire) : Régime CAF MSA

TARIFS et FACTURATION

Coordonnées de la facturation : RESPONSABLE 1 RESPONSABLE 2

Nous vous rappelons que tous les règlements sont à effectuer :

- En espèces auprès de la Trésorerie Municipale d'Agen
- Par chèque à l'adresse fournie avec l'Avis des sommes à payer

Le tarif maximum sera appliqué si les renseignements nécessaires ne sont pas fournis.

Accueil Périscolaire forfait mensuel		Tarifs en vigueur du 01/01/2021 au 31/12/2021
Tranche 1	QF < 550	11 €
Tranche 2	550 < QF < 1150 €	13,50 €
Tranche 3	1150 < QF	16 €
Tarif dégressif -60% à partir du 3ème enfant		
Facturation du dépassement du temps légal		12,00 € la 1/2 heure supplémentaire

En ce qui concerne les familles relevant du régime de la MSA, une attestation « bon vacances temps libre » devra être fournie.

Les parents qui n'auront pas fourni leur numéro d'allocataire ou qui n'auront pas renseigné les services de la CAF ou de la MSA permettant la connaissance de leur quotient familial se verront appliquer le tarif de la troisième tranche.

Si une variation du quotient familial intervient au cours de l'année, elle devra être signalée par écrit (enfance@brax47.fr) afin qu'il en soit tenu compte lors de la facturation du trimestre suivant.

Un courrier vous sera adressé pour information des nouveaux tarifs votés par le Conseil Municipal fin 2021 pour application au 01/01/2022.

FREQUENTATION DES SERVICES (cf.Règlement intérieur)

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence (adulte de + de 18 ans) Une pièce d'identité pourra être demandée

1.NOM et Prénom :
 Lien de parenté :
 Adresse : Tel :
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence

2.NOM et Prénom :
 Lien de parenté :
 Adresse : Tel :
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence

3.NOM et Prénom :
 Lien de parenté :
 Adresse : Tel :
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence

4.NOM et Prénom :
 Lien de parenté :
 Adresse : Tel :
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence

5.NOM et Prénom :
 Lien de parenté :
 Adresse : Tel :
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence

Les renseignements téléphoniques doivent être indiqués obligatoirement et sont indispensables pour vous joindre en cas d'urgence.

Nom et n° de l'assurance extrascolaire :

Autorisez-vous la structure à utiliser dans le cadre pédagogique (journal, site internet, ainsi que les différentes publications de la structure) des photos et vidéos de votre enfant prises au cours des activités. Oui ou Non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux éventuelles sorties ? Oui ou Non
 Autorisez-vous votre enfant à être hospitalisé en cas d'urgence ? Oui ou Non
 renseignements utiles (horaires de travail variables, etc.):

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.
Une fiche par enfant est nécessaire.

ENFANT

NOM/PRENOM.....

Date de naissance :.....

Garçon Fille

N° SECURITE SOCIALE :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Ou DT polio	
Ou Tétracoq	
VACCINS RECOMMANDES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Hépatite B	
Rubéole/oreillons/rougeole	
Coqueluche	
Autres (à préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si OUI, joindre une ordonnance récente.

Est-ce qu'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est mis en place ? oui non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes *COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

ANGINE	COQUELUCHE	OREILLONS	OTITE
ROUGEOLE	RUBEOLE	SCARLATINE	VARICELLE

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRE
 MEDICAMENTEUSE
 AUTRES :.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération).
EN PRECISANT LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de : Lunettes Lentilles Prothèses auditives
 Prothèses dentaires Autres :.....

EN CAS D'URGENCE / Responsable légal de l'enfant :

Nom/Prénom :.....

Domicile :..... Portable :.....

Travail :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :.....

HOPITAL SOUHAITE.....

Je soussigné.....
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 nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature du responsable légal :