



# Dossier d'inscription

Accueil périscolaire et service  
restauration d'Abbecourt/Saint-  
Sulpice

2022-2023



leo lagrange  
FEDERATION

## Les tarifs :

Les tarifs (votés par le SIVOSAS) pour les accueils périscolaires sont fixés en fonction du barème 1 de la CAF et selon le barème 3 pour les accueils des mercredis et des vacances. Un accueil est facturé chaque fois que l'enfant est présent, quel que soit le temps qu'il y passe réellement.

Il s'agit d'un pourcentage qui varie selon la composition de la famille (1,2,3 ou plus de 4 enfants à charge du foyer). Le plancher minimum et le plafond maximum des ressources sont respectivement de 550.00 euros et de 3 200.00 euros

Intitulé	Horaires du forfait	Tarif maximum en euro
<b>Tarifs Périscolaires</b>		
Périscolaire matin	07h00-09h00	2,58 €
	08h00-09h00	1,29 €
Pause méridienne – Restauration scolaire	11h30-14h00	1,61 €
	+	
	Repas maternel	2,65 €
	Repas élémentaire	3,92 €
Périscolaire soir	16h30-18h00	1,29 €
	16h30-19h00	2,58 €
<b>Tarifs Mercredi</b>		
Mercredi sans repas	07h30-12h30	9,00 €
	14h00-19h00	
Mercredi avec repas	07h30-19h00	9,00 €
	+	
	Repas maternel	2,65 €
	Repas élémentaire	3,92 €
Mercredi demi-journée sans repas	07h30-12h30	4,50 €
	14h00-19h00	
<b>Tarifs Vacances</b>		
Journée vacances sans repas	07h30-12h30 <u>et</u> 14h00-19h00	9,00 €
Journée vacances avec repas	07h30-19h00	9,00 €
	+	
	Repas maternel	2,65 €
	Repas élémentaire	3,92 €
Demi-journée vacances sans repas	07h30-12h30	4,50 €
	14h00-19h00	
Demi-journée vacances avec repas	07h30-12h30 <u>ou</u> 14h00-19h00	4,50 €
	+	
	Repas maternel	2,65 €
	Repas élémentaire	3,92 €
Nuitée / Veillée	19h00 - 07h30 Lendemain	10,00 €

### **Horaires des services périscolaires :**


**Matin :** de 7h00 à 9h

**Midi :** de 11h30 à 14h

**Soir :** de 16h30 à 19h

### **Documents à fournir :**

- Dossier d'inscription rempli.
- Copie de la fiche(s) d'imposition 2021 sur les revenus 2020 du foyer
- Copie d'une attestation de domicile
- Copie carte vitale et mutuelle
- Copie assurance scolaire
- Copie du carnet de santé (vaccins)

	<h2>ACCUEIL PERISCOLAIRE D'Abbecourt/Saint-Sulpice</h2>	<p><u>Dossier d inscription 2021/2022</u> <u>Pièces à fournir :</u> Copie des vaccins Copie avis imposition 2020 Copie facture ou quittance... Fiche sanitaire Assurance scolaire</p>
---	---	---

### DOSSIER INSCRIPTION 2022/2023

**Le SIVOSAS d'Abbecourt/Saint-Sulpice a confié la gestion des ACM (accueils collectifs de mineurs) périscolaires et extrascolaires à l'association LEO LAGRANGE Nord IDF.**

Votre enfant va fréquenter l'accueil périscolaire, extrascolaire et/ou le service de restauration. Afin de pouvoir l'accueillir dans les meilleures conditions, nous avons besoin de recueillir des informations de votre part. Merci de compléter cette fiche de renseignements et de la rapporter au plus vite au/à la directeur/rice des accueils.

En cas de modification de tout ou partie de ces informations durant l'année scolaire, vous devez en informer la direction des accueils.

Les règles d'utilisation de cet accueil sont précisées dans une charte jointe à cette fiche. Après en avoir pris connaissance, vous vous engagez à les respecter.

*Cadre réservé à l'administration*

Revenus 2020 (**avis imposition 2021**) : .....

Nombre d'enfants dans la famille : .....

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  M  F      Date de naissance : \_/ \_/ \_ \_ \_ \_      Age : .....

Classe fréquentée à la rentrée 2021 : \_\_\_\_\_

**Parent ou responsable légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Tel fixe et portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ET \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Mail** : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : ..... Employeur : .....

**Parent ou responsable légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Tel fixe et portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ET \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Mail** : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : ..... Employeur : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Êtes-vous allocataire CAF ? Oui  Non  N°CAF : \_\_\_\_\_

Caisse d'appartenance : BEAUVAIS :  CREIL :  AUTRE :

Percevez-vous des allocations CAF : Oui  Non

Autre régime : MSA  SNCF  EDUCATION NATIONALE  AUTRE

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse : .....

.....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES:** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

## Application

Je souhaite recevoir une invitation pour être connecté(e) à l'application web mobile leolagrange.kidizz.com, qui me permet de suivre les activités de mon enfant lors des temps périscolaires. C'est un réseau interne à chaque accueil périscolaire, sécurisé, privé et gratuit.

## Droit à l'image et à la voix

J'autorise, mon enfant à être pris en photo, filmé ou enregistré dans le cadre des accueils périscolaires. Ces images pourront être utilisés par L'association Léo Lagrange et le SIVOSAS afin d'illustrer leurs publications : magazines, réseau social, site internet ou d'éventuelles expositions/valorisations sur les lieux d'animation.

OUI



NON

J autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur la structure :

Nom ..... TEL :

Nom ..... TEL :

Nom: ..... TEL

Assurance responsabilité civile :

Nom de la compagnie d'assurance :.....

N ° de contrat :.....

Je soussigné (e) .....,

représentant (e) légal de l'enfant :.....,

m'engage et valide l'ensemble des informations contenues dans ce document et autorise le traitement des données personnelles figurant dans cette fiche de renseignements périscolaires dans les conditions énumérées dans la rubrique Politique de Confidentialité pour l'année scolaire 2022/2023.

### **Politique de Confidentialité des données personnelles**

*Les informations personnelles recueillies dans la fiche renseignements périscolaires sont obligatoires pour permettre l'accès de votre enfant à l'accueil périscolaire.*

*Les données recueillies ainsi que les informations sanitaires sont réservées uniquement aux services périscolaires et la direction de **LEO LAGRANGE NORD-IDF**. Les fiches sont conservées sous format papier dans un placard sous clé. Les données nominatives sont conservées pour une durée maximale de 2 ans, avant qu'elles ne soient totalement détruites.*

**Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données ou d'une limitation du traitement.**

**Vous pourrez exercer ces droits en vous adressant à LEO LAGRANGE NORD-IDF:**

Par courrier: 27 rue de l'Amiral Courbet 80 000 Amiens

Par mail: [privacy.lno@leolagrange.org](mailto:privacy.lno@leolagrange.org)

Date: .....

Signature :