



## TARIFICATION

Les tarifs sont fixés chaque année par délibération du conseil municipal. Ils sont indexés sur le quotient familial CAF fourni par la famille ou, à défaut, sur le dernier avis d'imposition du foyer. Le prix applicable à votre situation est consultable sur le site internet de la Ville.

N° allocataire | \_\_\_\_\_ | Si autre régime (organisme et n° affiliation) : | \_\_\_\_\_ |

**Numéro et Compagnie d'Assurance Scolaire :**

**En l'absence de ces éléments, le tarif maximum sera appliqué. Toute modification ne pourra être prise en compte qu'à réception des justificatifs et uniquement sur les factures non émises.**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à rentrer seul(e) après l'activité **oui non**

En cas d'impossibilité pour venir chercher mon enfant, je donne procuration aux personnes ci-dessous

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

Autorisation de déplacement avec les animateurs sur les temps périscolaires **oui non**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, (responsable légal, tuteur) certifie l'exactitude des informations fournies. Je m'engage à prendre en charge les frais de restauration scolaire et à transmettre toute modification de situation (allergies, adresse, quotient familial...) au service concerné dans les plus brefs délais. **J'atteste avoir pris connaissance et accepté le règlement** (disponible également sur [www.mairie-chasselay.fr](http://www.mairie-chasselay.fr)).

Date : \_\_\_\_\_

Signature

**RAPPEL** Vous devez impérativement nous transmettre le dossier complet.

### DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

*Article 441-7 du Code Pénal "Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :*

*1- D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, 2- De falsifier une attestation ou un certificat originaire sincère ; 3- De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au trésor public ou patrimoine d'autrui".*

**1 - La fiche d'inscription signée.**

**2 - Fiche sanitaire 2021-2022 signée (ci-dessous).**

**3 – La photocopie du carnet de santé** (vaccination DT Polio à jour), pour les enfants nés en 2018 les 11 vaccins sont obligatoires : DTP, l'haemophilus influenzae B, la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites) le pneumocoque .

**4- Attestation d'Assurance Scolaire** en cours de validité.

**5- Chèque de cotisation pour le temps Méridien** à l'ordre d'ALFA 3a en fonction de votre quotient familial.

**6- RIB** pour le prélèvement automatique. Un formulaire SEPA sera à remplir directement au bureau du restaurant municipal.

**7- La Charte du savoir-vivre signée (ci-dessous).**

## AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e)

M'engage à fournir un dossier d'inscription et à maintenir les informations à jour.

Autorise les directeurs/directrices(du périscolaire, du restaurant municipal) à prendre toutes les mesures d'urgence en cas de maladie ou accident et m'engage à rembourser les montant des frais médicaux.

Autorise l'équipe encadrante (du périscolaire, du restaurant municipal) à faire les premiers soins en cas de blessures bénignes.

Autorise l'utilisation des photographies, vidéos, voix prises de mon enfant comme support pour activité, pour affichage et exposition dans l'enceinte des locaux.

Autorise l'utilisation des photographies, vidéos, voix prises de mon enfant pour illustrer les publications de l'accueil de loisirs périscolaires, d'Alfa 3a, de la Mairie et/ou de l'école pour une durée indéterminée (rapport d'activité, diaporama, journal interne, plaquette institutionnelle ou de communication, bulletin municipal, site internet, article de presse...).

**Fait à :**

**Signature :**

**Le :**

# CHARTRE DU SAVOIR VIVRE ET DU RESPECT MUTUEL

Il est rappelé aux parents que les enfants doivent avoir un minimum d'autonomie, à savoir: se tenir à table, manger avec des couverts et écouter les consignes données.

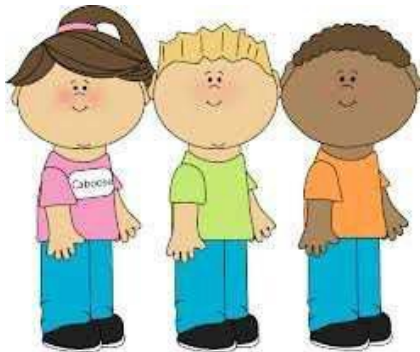
## Avant le repas:

- Je vais aux toilettes
- Je me lave les mains



## Pendant le repas:

- Je me tiens bien à table
- Je goûte à tout
- Je ne joue pas avec la nourriture
- Je ne crie pas, je ne me lève pas sans raison
- Je sors de table en silence avec mon plateau, sans courir et après autorisation du personnel



## Après le repas:

- Je respecte les consignes de sécurité données par le personnel
- Je me mets en rang quand on me le demande, après avoir rassemblé mes affaires.



## En permanence :

- Je respecte le personnel de service et mes camarades
- J'agis avec chacun comme j'aimerais qu'on le fasse avec moi.

Chasselay le:

Signatures :

L'Enfant

Les Parents



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

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

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 ?

| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |   |

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---