



SERVICE ENFANCE

2 VOIE ANDRE ROSSI – 02310 CHARLY SUR MARNE

TELEPHONE : 03.23.82.58.37 – 03.23.82.58.30

e-mail : v.lesage@fr.oleane.com – enfancecc4@fr.oleane.com

site : <http://www.communaute-charlysurmarne.fr>

DOSSIER INSCRIPTION - ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

A RENDRE AVANT LE 8 JUILLET 2016

IMPORTANT : TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON RENDU A CETTE DATE NE POURRA ETRE PRIS EN COMPTE

①

**Informations
enfant(s)**

MERCI DE COMPLETER LISIBLEMENT LE DOSSIER

ENFANT (S)

①

②

③

Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom			
Prénom			
Né(e) le			
Ecole de			
Classe			
Nom médecin			
Téléphone médecin			

INSCRIPTIONS REGULIERES ANNUELLES (Cocher les cases correspondantes)

MATIN* A compter du : _____	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
MIDI/REPAS* A compter du : _____	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
ACTIVITE NAP* A compter du : _____	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
SOIR* A compter du : _____	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
MERCREDIS APRES-MIDI * A compter du : _____	<input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> accueil du soir	<input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> accueil du soir	<input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> accueil du soir

* Ne cochez que les services qui seront réellement fréquentés.

Ne pas inscrire uniquement « au cas où »

②

Autorisations diverses

	ENFANT (S)		
	①	②	③
	AUTORISATIONS COMMUNES		
Informations et autorisations diverses (*mettre une croix dans la case correspondant à votre accord)	<input type="checkbox"/> Accord règlement intérieur <input type="checkbox"/> Droit à l'image (photo/film) <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Port appareils dentaires <input type="checkbox"/> Port appareils auditifs <input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autorisation accompagnement hôpital + transport en ambulance <input type="checkbox"/> Participe aux activités interne et externe à l'accueil <input type="checkbox"/> Autoriser à participer aux activités sportives <input type="checkbox"/> Partir seul (enfant en CM ²)	<input type="checkbox"/> Accord règlement intérieur <input type="checkbox"/> Droit à l'image (photo/film) <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Port appareils dentaires <input type="checkbox"/> Port appareils auditifs <input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autorisation accompagnement hôpital + transport en ambulance <input type="checkbox"/> Participe aux activités interne et externe à l'accueil <input type="checkbox"/> Autoriser à participer aux activités sportives <input type="checkbox"/> Partir seul (enfant en CM ²)	<input type="checkbox"/> Accord règlement intérieur <input type="checkbox"/> Droit à l'image (photo/film) <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Port appareils dentaires <input type="checkbox"/> Port appareils auditifs <input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autorisation accompagnement hôpital + transport en ambulance <input type="checkbox"/> Participe aux activités interne et externe à l'accueil <input type="checkbox"/> Autoriser à participer aux activités sportives <input type="checkbox"/> Partir seul (enfant en CM ²)
	AUTORISATIONS NAP		
	<input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite prendra le bus. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite sera récupéré par vos soins. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite ira à la périscolaire	<input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite prendra le bus. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite sera récupéré par vos soins. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite ira à la périscolaire	<input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite prendra le bus. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite sera récupéré par vos soins. <input type="checkbox"/> Participera aux activités et ensuite ira à la périscolaire
Informations Médicales * PARTICULARITES ALIMENTAIRES ALLERGIES CONTRE INDICATION TROUBLES (DYS)			

* Si vous souhaitez signaler une situation particulière concernant votre enfant vous pouvez contacter la direction.

③ Renseignements Familiaux COMPOSITION DU FOYER

Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Tutrice
Nom		
Nom de jeune fille (mère)		
Prénom		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve
Adresse Code postal - Commune		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse e-mail		
Profession		
Employeur/Adresse		
CAF / MSA	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Dép. : _____ N° _____	
N° Sécurité Sociale		

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES

A PRENDRE EN CHARGE MON (MES) ENFANT (S) (autres que les parents)

NOM ET PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

J'autorise les personnes mentionnées ci-dessus à prendre en charge mon (mes) enfant (s) auprès de l'équipe d'animation.
Je dégage le Service de la Communauté de Communes de Charly Sur Marne de toutes responsabilités au moment de la prise en charge de mon (mes) enfant (s) par cette personne

**Il est impératif de communiquer aux services tout changement
Concernant votre situation familiale durant toute l'année scolaire**

④ Inscriptions



4.1 - CONDITIONS ET MODALITES D'INSCRIPTION

Sont admis à fréquenter le service PERISCOLAIRE et NAP, les enfants scolarisés dans une des écoles élémentaires et maternelles du territoire de la Communauté de Communes de Charly sur Marne, et pour lesquels les familles auront effectué l'inscription au service. Pour les ALSH le service est ouvert à tout enfant scolarisé.

Les familles doivent obligatoirement remplir le dossier d'inscription et le remettre au Service Enfance – Communauté de Communes 2 voie André Rossi 02310 CHARLY SUR MARNE.

L'inscription et les présences de l'enfant s'effectuent sur l'année scolaire.

4.2 - TARIFS ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

ALSH TARIFS EN VIGUEUR AU 1ER SEPTEMBRE 2015**

PERISCOLAIRES	MATIN	MIDI	SOIR + GOUTER
CHARLY SUR MARNE	2,50 €		4,30 €
CHEZY SUR MARNE			
DOMPTIN		6,53 €	
COUPRU-LUCY LE BOCAGE		6,53 €	
MONTREUIL AUX LIONS		6,53 €	
NOGENT L'ARTAUD		7,58 €	
ROMENY SUR MARNE			
SAULCHERY			
VIELS MAISONS		6,53 €	
VILLIERS ST DENIS			
BEZU LE GUERY			
CROTTES SUR MARNE			
ANJ = Absence Non Justifiée repas 3.38 € goûter 1.00 €			

**Sous réserve de modification des tarifs en cours d'année.

MERCREDIS APRES-MIDI	TYPES D'ACCUEIL	TARIFS LIBRES
TARIF 1	REPAS + APRES MIDI + GOUTER	9,00 €
ANP 1	ABSENCE NON PREVENUE	4,40 €
TARIF 2	APRES MIDI + GOUTER	5,75 €
ANP 2	ABSENCE NON PREVENUE	2,20 €
TARIF 3	APRES MIDI SANS GOUTER *	4,75 €
	ACCUEIL 1/2 HEURES MATIN/SOIR	1,10 €

* CETTE FORMULE EST RESERVEE UNIQUEMENT AUX ENFANTS AYANT UN P.A.I

NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES TARIFS EN VIGUEUR AU 1ER SEPTEMBRE 2016**

TARIF FORFAITAIRE NAP	ENFANTS DES ECOLES DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES ET LEURS REGROUPEMENT		ENFANTS HORS COMMUNAUTE DE COMMUNES DANS LE REGROUPEMENT SCOLAIRE (+20%)		FAMILLES HORS C4 HORS REGROUPEMENT	
	TARIFS 3 H	TARIFS 1 H	TARIFS 3 H	TARIFS 1 H	TARIFS 3 H	TARIFS 1 H
PERIODE DU 01/09/2016 AU 16/12/2016	19,50 €	6,50 €	23,40 €	7,80 €	49,14 €	16,38 €
PERIODE DU 03/01/2017 AU 07/07/2017	34,50 €	11,50 €	41,40 €	13,80 €	86,94 €	28,98 €

4.3 - FACTURATION

Se référer au règlement intérieur de chaque service

4.4 - MOYEN DE PAIEMENT POSSIBLE

Vous pouvez régler :
 Par chèque bancaire (à l'ordre du Trésor Public),
 Par carte bancaire via le portail famille
 En espèces avec l'appoint,
 Par chèque-vacances et CESU,
 Par Mandat Cash

OUI → pour la première fois joindre un RIB NON
 Déjà en place → vous n'avez rien à fournir, la reconduction est automatique

ATTENTION : Si vous bénéficiez du prélèvement automatique, vous serez systématiquement en prélèvement pour tous les services ENFANCE.

Par prélèvement automatique

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la fiche d'inscriptions.

Fait à : _____ Le : _____

Signatures des parents ou tuteur légal - Précédées de la mention « lu et approuvé »

Documents obligatoires à joindre à l'inscription :

Copie carnet de santé : vaccination
 Copie Livret de famille
 1 photo d'identité
 Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire

Cadre réservé au service :

Dossier reçu le : _____
 Saisie le : _____
 Saisie par : _____
 Observation : _____