

# La Communauté de communes des aspres

Nom (enfant) : .....  
Prénom : .....  
Village : .....  
Classe : .....

**Dossier à retourner avant le 29 Juin 2018**  
à votre Mairie

## DOCUMENTS À FOURNIR

- Attestation Assurance scolaire et Extra-scolaire / responsabilité civile  
(à communiquer dès réception)
- Photocopie vaccins
- Justificatif de travail / contrat, bulletin de paye...

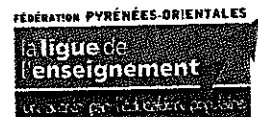
# DOSSIER D'INSCRIPTION

**ANNÉE SCOLAIRE**  
**2018 / 2019**

## COCHER LE(S) ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉE(S)

- Restauration Scolaire
- ALSH - Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires
-  PAI / Allergie

Pour le service garderie, vous rapprocher de votre mairie



BANYULS DELS ASPRES - BROUILLA - CAIXAS - CALMEILLES - CAMÉLAS  
- CASTELNOU - FOURQUES - LLAURO - MONTAURIOL - OMS - PASSA  
- SAINT JEAN LASSEILLE - SAINTE COLOMBE DE LA COMMANDERIE -  
TERRATS - THUIR - TORDÈRES - TRESSERRE - TROUILLAS - VILLEMOLAQUE

**Notre site est à votre disposition pour toutes informations :**

**[www.cc-aspres.fr](http://www.cc-aspres.fr)**

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Age : .....




École : ..... Classe : .....  
N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant : .....  
N° CAF : .....  
Ou MSA : .....




### SI MATERNELLE PRÉCISER :

- Petite section  
 Moyenne section  
 Grande section

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :







Nom Parent 1 : ..... Nom Parent 2 : .....  
Prénom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Adresse : .....

 : .....  
 : .....  
 : .....







 : .....  
 : .....  
 : .....

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

### Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
lien de parenté : ..... lien de parenté : ..... lien de parenté : .....  
 : .....  : .....  : .....  
 : .....  : .....  : .....

## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (si différents)

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
Prénom : ..... Prénom : ..... Prénom : .....  
lien de parenté : ..... lien de parenté : ..... lien de parenté : .....  
 : .....  : .....  : .....  
 : .....  : .....  : .....

## AUTRES AUTORISATIONS

*Cocher la case utile*

### • DROIT À L'IMAGE :

- J'autorise  Je n'autorise pas

la Communauté de Communes des Aspres à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités de la restauration scolaire, ALSH ou Les Mercredis et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.

### • PARTICIPATION DE L'ENFANT :

- J'autorise  Je n'autorise pas

l'enfant désigné à participer à toutes les activités et sorties des mercredis, l'Accueil de Loisirs ou de la Restauration scolaire.

### • COMMUNICATION DES SERVICES :

- J'autorise  Je n'autorise pas

les services de la Communauté de Communes des Aspres à transmettre par courriel ou sms toute information hors service Enfance (tourisme, déchets, eau et assainissement...)

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la Communauté de Communes des Aspres :

[www.cc-aspres.fr](http://www.cc-aspres.fr) ou sur demande aux services.

- Restauration scolaire  
 Accueil de Loisirs

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s)

le .....

Certifie l'exactitude des infos ci-dessus

Date et signature :

## J'INSCRIS L'ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tarif : se renseigner auprès de votre mairie  
ou la Communauté de Communes des  
Aspres ou sur [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr)

- Inscription «forfait» pour toute l'année scolaire / 4 jours, possible jusqu'en décembre inclus
- ou**
- Inscription «dérogatoire» à jours fixes :  lundi  mardi  jeudi  vendredi (**cocher les jours à réserver**)
- Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription

Demande faite pour le motif suivant :

.....

.....

.....

**Attention** : la dérogation est accordée pour une année scolaire complète

Demande d'inscription à compter du : .....

**Date et Signature d'un élu :**

Accordée  Refusée



**SI ALLERGIE ALIMENTAIRE LES PARENTS INFORMENT L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE AFIN DE METTRE EN PLACE UN PROJET ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI). RENSEIGNER IMPÉRATIVEMENT LA RUBRIQUE «ALLERGIE» DE LA FICHE SANITAIRE EN PAGE SUIVANTE. AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ HORS PAI.**

## J'INSCRIS L'ENFANT LES MERCREDIS

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'Accueil de Loisirs pour les Mercredis :

- Inscriptions journée complète
- Inscriptions à la demi-journée avec repas
- Inscriptions à la demi-journée sans repas

oui  non  
 oui  non  
 oui  non

J'autorise mon enfant à rentrer seul  oui  non

Tarif : se renseigner auprès de la Communauté de Communes des Aspres

## J'INSCRIS L'ENFANT À L'ALSH

S'adresser au service enfance pour toutes les inscriptions aux Accueils de Loisirs pour les vacances scolaires au 04 68 53 73 63 ou au siège de la Communauté de Communes des Aspres.

**Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 7 jours avant chaque période.**

J'autorise mon enfant à rentrer seul  oui  non

## MODALITÉS DE RÈGLEMENT :

**Mode de paiement :**

- **Par internet** : [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr) (identifiants à l'espace famille, communiqués sur votre facture)
- **Par prélèvement automatique** : joindre un **RIB, Mandat SEPA et Règlement PA** complétés à retourner
- **Par chèque libellé** à l'ordre de « Régie service famille » à envoyer à la Communauté de Communes
- **En espèces** : en mairie ou à la Communauté de Communes des Aspres
- **Par CESU** : uniquement pour les ALSH

**Vos factures sont disponibles sur l'Espace Famille du site [cc-aspres.fr](http://cc-aspres.fr).**

**Vos identifiants « code famille » et « mot de passe » sont indispensables pour vous connecter sur votre espace sécurisé. Ils sont inchangés pour les familles inscrites les années précédentes.**

**Pour les nouveaux inscrits, renseignez-vous auprès de nos services au 04 68 53 21 87 au cours du 1<sup>er</sup> mois d'inscription.**

**Pensez ECOlogie & ECONomies: n'imprimez que si nécessaire.  
Si vous optez pour recevoir vos factures par courrier postal,  
veuillez vous adresser à la Communauté de Communes des Aspres**

Nom (enfant) : ..... Prénom : .....  
 Classe : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il **un traitement médical**  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 administré**

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

- RUBÉOLE .....  oui  non
- VARICELLE .....  oui  non
- ANGINE .....  oui  non
- RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ .....  oui  non
- SCARLATINE .....  oui  non

- COQUELUCHE .....  oui  non
- OTITE .....  oui  non
- ROUGEOLE .....  oui  non
- OREILLONS .....  oui  non

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

MÉDICAMENTEUSES : .....  oui  non  
 AUTRES : .....



**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE 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.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, habitudes alimentaires etc...

## ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP



**SCOLARISATION :**  ÉCOLE  INSTITUTION (IME, IEM, IES, ITEP...)  À DOMICILE

• **Dispositif :**  AUCUN  AVS  ULIS  SAPAD  AUTRES

Nom de l'Ecole ou de l'Institution : .....

• **Type de Suivi :**  AUCUN  PMI  CAMSP  CMP  CMPP  HÔPITAL DE JOURS  SESSAD  AUTRES

## 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (Mme/M.) ..... responsable légal de l'enfant .....  
 en classe de ..... école de ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date et signature :

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Référence unique du mandat : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

**Type de contrat : REGIE SERVICE FAMILLES**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) REGIE SERVICE FAMILLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de REGIE SERVICE FAMILLES.

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

FR76 1007 1660 0000 0020 0789 749

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

### DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : REGIE SERVICE FAMILLES

Adresse : COM CNES DES ASPRES  
IMMEUBLE ULTIFONCTION  
ALLEE CAPDELLAYRE BP11

Code postal : 66301

Ville : THUIR CEDEX

Pays : FRANCE

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

#### IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

#### IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 15%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> <div style="width: 20%;"> _ _ _ _ _ _ _ </div> </div>
---	---

**Type de paiement** \* : Paiement récurrent/répétitif   
 Paiement ponctuel

\*cocher le type de paiement

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 :

#### Rappel :

*En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par REGIE SERVICE FAMILLES. 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 REGIE SERVICE FAMILLES.*

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.

# TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ

L'INSCRIPTION AUX SERVICES NE SERA VALIDÉE  
QU'À RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIÈCES.

## NOTA :

l'attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire (*responsabilité civile*)  
pourra être fournie dans le courant du mois de Septembre.

Merci de vérifier que vous soyez à jour du règlement  
de vos factures antérieures auprès des services  
de la Communauté de Communes des Aspres.

*Bonnes vacances à tous !*

.....

**NOUVEAUTÉ**

## RENTÉE DE SEPTEMBRE 2018 : L'ACCUEIL DE LOISIRS DE BROUILLA DÉMÉNAGE !

L'Accueil de Loisirs primaire et maternel implanté sur la Commune de Brouilla est géré par la Communauté de Communes des Aspres. Sa vocation intercommunale est vérifiée tous les ans par l'inscription de familles de l'ensemble du secteur - Banyuls dels Aspres - Brouilla - Saint Jean Lasseille.

Aussi, dans un souci d'équité d'accès au service et de proximité pour l'ensemble des usagers, nous avons décidé d'organiser cet accueil de loisirs sur l'une des trois communes à tour de rôle, chaque année.

Aussi, pour l'année scolaire 2018/2019, l'Accueil de loisirs sera installé à l'école élémentaire de BANYULS DELS ASPRES.

Seul le lieu change. L'équipe d'encadrement de la Ligue de l'Enseignement et les modalités de fonctionnement sont assurées et maintenues.

### Adresse du nouveau lieu d'accueil :

École de Banyuls-dels-Aspres,  
46, avenue des vendanges  
66300 Banyuls-dels-Aspres