

PHOTOCOPIE DES PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :



ATTENTION :
Pas d'inscription au périscolaire,
ni de dépôt de dossier
du 24/08/2020 au 04/09/2020 inclus.

| POUR TOUS LES DOSSIERS PERISCOLAIRES | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A - COMPOSITION DU FOYER | | | |
| Livret de famille en intégralité ou extrait d'acte de naissance de tous les enfants du foyer (le cas échéant, tous les livrets de familles pour les familles recomposées) | OUI | NON | MANQUANT |
| Si les enfants sont placés : attestation de placement en famille d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B - DOMICILE | | | |
| VOUS ÊTES LOCATAIRE | | | |
| Dernière quittance : loyer, électricité, eau ou contrat de location si emménagement récent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OUI NON MANQUANT | | | |
| VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE | | | |
| Dernière quittance au choix : eau, gaz, électricité ou Taxe d'habitation - Année 2019 (titre de propriété si emménagement récent) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OUI NON MANQUANT | | | |
| VOUS ÊTES HÉBERGÉ À TITRE GRACIEUX CHEZ UN PARTICULIER | | | |
| Voir attestation d'hébergement dans le dossier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C - RESSOURCES | | | |
| Attestation d'affiliation CAF avec numéro d'allocataire si vous percevez des prestations familiales (APL, allocations familiales ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous êtes affilié MSA, fournir l'attestation avec le détail des prestations + l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 ou si pas d'avis d'impôt sur les revenus, fournir autres ressources (pôle emploi, indemnités journalières, pensions : alimentaire, invalidité, retraites ...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous n'êtes pas affilié CAF ou MSA, fournir l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018, ou si pas d'avis d'impôt sur les revenus, fournir autres ressources (pôle emploi, indemnités journalières, pensions : alimentaire, invalidité, retraites ...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D – AUTRES PIÈCES | | | |
| Attestation d'assurance pour l'année scolaire septembre 2020 à juillet 2021* | | | |
| <input type="checkbox"/> attestation d'assurance scolaire / Extrascolaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou | | | |
| <input type="checkbox"/> attestation d'assurance responsabilité civile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carnet de santé (vaccinations obligatoires et à jour) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sanctions pénales : Si le domicile déclaré ne correspond pas dans les faits, au lieu du principal établissement, ou si les justificatifs produits à l'administration ont été falsifiés, les peines encourues sont celles prévues aux articles L 313-1 et L 313-3 pour escroquerie ou tentative d'escroquerie. Une décision administrative obtenue par fraude n'est pas créatrice de droit.

INFORMATION IMPORTANTE :

L'accès aux réservations périscolaires sur votre espace famille, concernant l'année scolaire en cours 2020 – 2021, est déterminé en fonction des dates de début et de fin indiquées sur votre attestation d'assurance.

* L'attestation d'assurance doit être valide de septembre 2020 à juillet 2021, en cas d'attestation de responsabilité civile, il est impératif que les dates de validité apparaissent sur l'attestation, l'indication « tacite reconduction » ne sera pas prise en compte.

Dossier instruit le/...../.....
Par :

Nom du représentant légal 1 :

.....
(à écrire en lettres majuscules)

DOSSIER
D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2020 - 2021

à remettre **complet** auprès de l'agent d'accueil, à l'adresse ci-dessous accompagné obligatoirement des **photocopies des pièces** à fournir, à partir du :
lundi 4 mai 2020 - 8h30

Service Éducation Jeunesse
7 rue de l'intendance
1^{er} étage - bureau E203
02200 SOISSONS

Une fiche famille d'inscription aux activités périscolaires sera remise à la famille.

Jours et horaires d'accueil du public :
Du lundi au vendredi (sauf jours fériés) de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h30
Et sur rendez-vous de 8h00 à 9h00 et de 16h30 à 17h30
(Prise de rendez-vous au 03.23.59.90.48 ou 03.23.59.90.51 ou 03.23.59.91.75)

Tous les documents doivent être photocopiés

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte

(à écrire en lettres majuscules)

1^{er} enfant

Nom et prénom :

2^{ème} enfant

Nom et prénom :

3^{ème} enfant

Nom et prénom :

4^{ème} enfant

Nom et prénom :

Dossier reçu le/...../.....
Par :

COMPOSITION DU FOYER DE RESIDENCE DU / DES ENFANT (S)

| REPRESENTANT LEGAL 1 | <input type="checkbox"/> REPRESENTANT LEGAL 2 (Tuteur <input type="checkbox"/> - Beau-père <input type="checkbox"/> - Belle-mère <input checkbox"="" type="checkbox/>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Concubin (e) <td></td> | |
|---------------------------|---|--|
| Nom : | Nom : | |
| Prénom : | Prénom : | |
| Adresse : | Adresse : | |
| ☎ Domicile : | ☎ Domicile : | |
| 📱 Mobile : | 📱 Mobile : | |
| *@ Email : | *@ Email : | |
| Profession : | Profession : | |
| Employeur : | Employeur : | |
| Adresse employeur : | Adresse employeur : | |
| ☎ Travail : | ☎ Travail : | |

↓ A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE SÉPARATION ↓

| REPRESENTANT LEGAL 2 | <input type="checkbox"/> Tuteur - <input type="checkbox"/> Beau-père - <input type="checkbox"/> Belle-mère |
|---------------------------|--|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| ☎ Domicile : | ☎ Domicile : |
| 📱 Mobile : | 📱 Mobile : |
| *@ Email : | *@ Email : |
| Profession : | Profession : |
| Employeur : | Employeur : |
| Adresse employeur : | Adresse employeur : |
| ☎ Travail : | ☎ Travail : |

EN CAS DE DIVORCE OU SÉPARATION

Merci d'indiquer si : résidence principale de l'enfant chez :

garde alternée (fournir le jugement ou attestations sur l'honneur qui indiquent les semaines définies par les représentants légaux)

Représentant légal 1 - Semaine : Paire Impaire Représentant légal 2- Semaine : Paire Impaire

* : adresse email obligatoire pour l'utilisation de l'Espace Familles
(Possibilité de création d'adresse Email auprès du Service Espace Familles)

REGIME ALLOCATAIRE ET CONSTITUTION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants total : Nombre d'enfants à charge :

CAF de : MSA de : Autre :

Numéro allocataire : Nom de l'allocataire :

Quotient familial si connu : Date d'effet :/...../.....

ATTESTATION D'HERBERGEMENT (à remplir uniquement en cas d'hébergement)

Je soussigné (e)

Demeurant :

atteste sur l'honneur héberger : Monsieur.....et / ou Madame

ainsi que leur / leurs enfant (s) :

Fait à :le.....

Signature

**Joindre obligatoirement : une pièce d'identité de l'hébergeant.
 Justificatif de domicile récent**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) / Nous soussigné(e)s : Nom(s) et Prénom(s).....

.....

déclare / déclarons sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-avant.

Nous nous engageons à régler les factures dans un délai de deux semaines conformément au règlement.

Déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la restauration, du centre d'accueil et des études surveillées organisés par la Commune de Soissons. Le seul fait d'inscrire un enfant au périscolaire constitue pour les parents une acceptation de ce règlement.

Fait àle.....

Signature du (des) responsable(s) légal (légaux) :

Les services de la Ville de Soissons disposent de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les centres d'accueil, la restauration, les études surveillées.

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Caisse d'Allocations Familiales; Mutualité Sociale Agricole.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux services de la Ville de Soissons.



SOISSONS

Service Éducation Jeunesse
Périscolaire

DEMANDE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE
(Une fiche par enfant)

ENFANT :

Nom :

Prénom :

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| RESTAURATION | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Régime : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc | | |
| <input type="checkbox"/> PAI (allergies alimentaires, traitement médical ...) | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| CENTRE D'ACCUEIL | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir | | |
| Accueil du matin à partir de 7h15 et accueil du soir jusque 19h15 | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ÉTUDE SURVEILLÉE | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Lundi – Mardi - Jeudi | | |
| (A partir du CP, passage obligatoire avant le centre d'accueil) | | |

AUTORISATIONS PARENTALES

Votre enfant est inscrit en Centre d'Accueil :

- Il n'est pas autorisé à venir seul le matin ni à repartir seul le soir.

Si votre enfant est inscrit à l'Étude Surveillée :

- est autorisé à repartir seul
- n'est pas autorisé à repartir seul le soir

PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A DÉPOSER OU A VENIR RECHERCHER L'ENFANT

| | |
|---|---|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Majeur : oui <input type="checkbox"/> | Majeur : oui <input type="checkbox"/> |
| Lien de parenté ou autre (à préciser) : | Lien de parenté ou autre (à préciser) : |
| ☎ Téléphone: | ☎ Téléphone: |
| 📱 Mobile : | 📱 Mobile : |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Majeur : oui <input type="checkbox"/> | Majeur : oui <input type="checkbox"/> |
| Lien de parenté ou autre (à préciser) : | Lien de parenté ou autre (à préciser) : |
| ☎ Téléphone: | ☎ Téléphone: |
| 📱 Mobile : | 📱 Mobile : |

AUTORISATIONS DE PUBLICATIONS POUR LA FAMILLE

Des photographies, films, enregistrements seront effectués, sur lesquels peuvent figurer votre (vos) enfant(s) (lors de leur présence en centre d'accueil, restauration, étude surveillée) ainsi que les productions et œuvres originales réalisées durant les activités.

J'autorise / Nous autorisons, la Ville de Soissons et les équipes d'encadrement des centres d'accueils, de la restauration et des études surveillées, à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon (mes) enfant(s) peut (peuvent) figurer, ainsi que les productions et œuvres originales réalisées.

- utilisation dans le cadre direct des activités périscolaires précitées : OUI NON

- utilisation extérieure : Site Internet et page Facebook de la Ville de Soissons ; tout autre support informatique tels que CD Rom, DVD - diaporama ; reportages journalistiques par presse écrite, Internet ou audiovisuelle ; réalisations audio-visuelles ; expositions thématiques.) OUI NON

La présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit et ne donnera lieu en conséquence à aucune rémunération.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Garçon ♂ Fille ♀

II VACCINATIONS :

Joindre **obligatoirement** une copie du carnet de santé, ou des certificats de vaccinations de l'enfant

| Vaccins | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés (Obligatoire pour les enfants nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018) | Oui | Non | Dates des derniers rappels |
|--------------|-----|-----|----------------------------|---|-----|-----|----------------------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rougeole-Oreillons-Rougeole | | | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | | |
| DT polio | | | | Autres : | | | |
| BCG | | | | | | | |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ

POURQUOI ?.....

III RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

- Rubéole
- Angines
- Scarlatine
- Asthme
- Rougeole
- Varicelle
- Rhumatismes
- Coqueluche
- Otites
- Oreillons

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation, ...)

| | | |
|--|---|---|
| | / | / |
| | / | / |
| | / | / |

Votre enfant ne pourra pas bénéficier des services périscolaires si vous n'avez pas effectué les démarches ci-dessous :

- en cas de maladie : asthme, urticaire, allergie ..., **joindre obligatoirement** le certificat médical d'un médecin allergologue ou du médecin traitant, pour mise en place du protocole du projet d'accueil individualisé (P.A.I.).

Une annexe au P.A.I. initial, **obligatoirement signé par les deux parents**, sera instruite par le secteur scolaire avant toute fréquentation aux services périscolaire.

Dans tous les cas, les médicaments nécessaires devront être à la disposition du personnel encadrant.

L'enfant porte-t-il : Des lunettes Des prothèses dentaires Autre :

IV AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES DE PORTER A NOTRE CONNAISSANCE :

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

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT SPECIFIQUE OUI NON

SI OUI LEQUEL ?.....

V MEDECIN TRAITANT :

Nom du Médecin traitant : Ville : ☎ Téléphone :

VI ASSURANCE DE LA FAMILLE :

Nom de l'assurance :

- Assurance scolaire / extrascolaire
- Assurance responsabilité civile

Numéro de contrat / adhérent :

(Attestation d'assurance de **septembre 2020 à juillet 2021** obligatoire)

VII RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période d'inscription)

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

☎ Téléphone : Travail :

Je soussigné(e) : responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE

SIGNATURE