



INSCRIPTIONS AUX SERVICES PERISCOLAIRES DOSSIER FAMILLE



Mairie d'Aspremont
21 Avenue
Caravadossi
06790 Aspremont

Cadre réservé à l'administration

Type de régime : _____

Quotient familial : _____

Calcul du tarif périscolaire matin: _____

Calcul du tarif périscolaire soir : _____

Calcul tarif Alsh : _____

A COMPLETER ET RETOURNER A LA MAIRIE D'ASPREMONT

- UN DOSSIER FAMILLE PAR FOYER
- UNE FICHE INSCRIPTION + UNE FICHE SANITAIRE PAR ENFANT



LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ACCEPTES

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

FOURNIR LES PHOTOCOPIES

- 3 derniers bulletins de salaire pour les deux parents (*sans visualisation des sommes*)
- justificatif de domicile (quittance EDF, France Télécom...)
- Assurance extra-scolaire de l'année
- notification du quotient familial fourni par la Caisse d'Allocations Familiales ou dernier avis d'imposition + notification prestations Caf

⇒ *Autorise la consultation du quotient familial sur cdap (CAF)* OUI NON

⇒ *Autorisation du droit à l'image* OUI NON

Autorisation donnée à la Mairie d'Aspremont et au Sivom Val de Banquière à publier sur tout support des photographies, films, enregistrements sur lesquels mon enfant peut figurer ainsi que les productions originales que mon enfant aura réalisées dans le cadre des activités où vous l'avez inscrit et sous la responsabilité de l'équipe éducative (conformément à l'article 9 du Code Civil sur le Droit à l'image et à l'ARTICLE 121-2 du code de la propriété intellectuelle)

COMPOSITION DU FOYER FAMILIAL (domicile du ou des enfants)

RESPONSABLE LEGAL 1 (Bénéficiaire des allocations familiales)

Nom :	Prénom :
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> Divorcé/Séparé <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Union libre	Qualité <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre _____
Date et lieu de naissance ____ / ____ / ____ à _____	
Adresse :	Code Postal
Commune :	Courriel /
<input type="checkbox"/> Fixe : _____	<input type="checkbox"/> Mobile : _____ <input type="checkbox"/> Professionnel : _____
Profession	Nom de l'employeur
Adresse de l'employeur	

REGIME SOCIAL DU RESPONSABLE LEGAL 1

Général (CPAM) Agricole (MSA) Monégasque Indépendant (RSI) Autre : _____
Vous dépendez de la caisse d'allocation familiale des Alpes-Maritimes
indiquez votre n° Allocataire : _____

RESPONSABLE LEGAL 2 ou Adulte (au sein du présent foyer)

Nom :	Prénom :
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> Divorcé/Séparé <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Union libre	Qualité <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre _____
Date et lieu de naissance ____ / ____ / ____ à _____	
Adresse :	Code Postal :
Commune :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Fixe : _____	<input type="checkbox"/> Mobile : _____ <input type="checkbox"/> Professionnel : _____
Profession :	Nom de l'employeur :
Profession :	Nom de l'employeur :
Adresse de l'employeur :	

RESPONSABLE LEGAL 2 s'il ne réside pas dans le même foyer que le ou les enfants ou cas en cas de garde alternée

Nom :	Prénom :
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> Divorcé/Séparé <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Union libre	Qualité <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre _____
Date et lieu de naissance ____ / ____ / ____ à _____	
Adresse :	Code Postal :
Commune :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Fixe : _____	<input type="checkbox"/> Mobile : _____ <input type="checkbox"/> Professionnel : _____
Profession :	Nom de l'employeur :
Adresse de l'employeur :	

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Noms, Prénoms et numéros de téléphones des personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur présentation d'une pièce d'identité (En cas de divorce : Fournir obligatoirement le jugement de divorce, l'ordonnance de non-conciliation ou tout autre document légal délivré par le juge mentionnant la résidence de l'enfant)

1. NOM _____ Prénom _____ Tel _____
2. NOM _____ Prénom _____ Tel _____
3. NOM _____ Prénom _____ Tel _____
4. NOM _____ Prénom _____ Tel _____

ASSURANCE

Nom de l'assureur : _____

Adresse et téléphone : _____

Numéro de contrat : _____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

- *J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (Adresse, situation familiale, assurance)*
- *J'autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre le cas échéant toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé de mon/mes enfant(s).*
- *J'assume l'entière responsabilité de la décharge parentale en cas de problème survenant après la sortie de mon/mes enfant(s)*
- *J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur*
- *J'atteste avoir pris connaissance des modalités liées à cette inscription*

Fait à Aspremont, le

Signature du ou des responsable(s) légaux du ou des enfant(s)
(Précédée de la mention lu et approuvé)



Mairie d'Aspremont
21 Avenue
Caravadossi
06790 Aspremont

FICHE INSCRIPTION ENFANT

(1 fiche à compléter par enfant au foyer)

Accueil périscolaire, Restauration Scolaire, Accueil de Loisirs sans Hébergement (ALSH)



ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : Masculin Féminin

Classe fréquentée en 2020/2021 : _____

SERVICES	HORAIRES	TARIFS	Cochez la case si vous souhaitez inscrire votre enfant
Accueil périscolaire du matin	7h30 à 8h30	Tarif selon quotient familial (tarif plafond 11 €)	<input type="checkbox"/> lundi Entrée à <input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 7h45 <input type="checkbox"/> 8h00 <input type="checkbox"/> Mardi Entrée à <input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 7h45 <input type="checkbox"/> 8h00 <input type="checkbox"/> Jeudi Entrée à <input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 7h45 <input type="checkbox"/> 8h00 <input type="checkbox"/> Vendredi Entrée à <input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 7h45 <input type="checkbox"/> 8h00
Restauration scolaire	11h30 à 13h45 ou 11h45 à 13h30	4.00 € le repas	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi



<p align="center">Accueil périscolaire du soir</p>	<p align="center"><i>De 16h30 à 18h30</i></p>	<p align="center">Tarif selon quotient familial <i>(tarif plafond 15 €)</i></p>	<input type="checkbox"/> lundi <i>Sortie à</i> <input type="checkbox"/> 17 h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30 <input type="checkbox"/> Mardi <i>Sortie à</i> <input type="checkbox"/> 17 h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30 <input type="checkbox"/> Jeudi <i>Sortie à</i> <input type="checkbox"/> 17 h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30 <input type="checkbox"/> Vendredi <i>Sortie à</i> <input type="checkbox"/> 17 h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30
<p align="center">Accueil de loisirs sans hébergement</p>	<p align="center"><i>De 8 h00 à 18h00</i></p>	<p align="center">Tarif selon quotient familial</p>	<input type="checkbox"/> <i>Vacances d'automne *</i> <input type="checkbox"/> <i>Vacances d'hiver*</i> <input type="checkbox"/> <i>Vacances de printemps *</i> <input type="checkbox"/> <i>Vacances d'été *</i>

** Pour chaque période de vacances, il conviendra de préciser au service des inscriptions les jours souhaités. Vous serez informé des dates des permanences d'inscriptions par affichage.*



Mairie d'Aspremont
21 Avenue
Caravadossi
06790 Aspremont

FICHE SANITAIRE ENFANT

(1 fiche à compléter par enfant au foyer)



ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : Masculin Féminin

Garde alternée OUI NON

Classe fréquentée en 2020/2021 : _____

ATTESTATION MEDICALE

A remplir exclusivement par le Médecin

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant : _____

⇨ est à jour de ses vaccins

OUI jusqu'au : _____

NON précisez : _____

Fait le _____ Signature et tampon



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant de votre enfant :

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Allergies ou intolérances alimentaires* :

****En cas d'allergies ou intolérances alimentaires, joindre obligatoirement un certificat médical du médecin traitant et un bilan délivré par l'allergologue en vue de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)***

Régime alimentaire :

Sans porc

PAI (projet d'accueil individualisé)

Allergies médicamenteuses : _____

Autres : _____

Votre enfant est-il porteur :

- De lentilles
- De lunettes
- De prothèses dentaires
- De prothèses auditives
- Autre Précisez : _____