



# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE 2024/2025 ASPREMONT



**PERI-SCOLAIRE - RESTAURATION – ACCUEIL DE LOISIRS – ACTIVITES CULTURELLES**

**Cadre réservé à l'administration**

Dossier reçu le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_ N° Famille : \_\_\_\_\_

Régime allocataire : \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_ Calculé par :  la CAF  l'administration Date : \_\_\_\_\_

## FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE

### BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS FAMILIALES - RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : _____		Prénoms : _____	
<b>Situation familiale :</b> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		<b>Qualité :</b> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____	
Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à _____			
Adresse : _____ _____		Code postal : _____ Commune : _____	
Courriel : _____ @ _____			
☎ Personnel 1 : _____		☎ Personnel 2 : _____	
Profession : _____		Employeur : _____	
Adresse employeur : _____			
Régime social : Général (CPAM) <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <input type="checkbox"/> Spéciaux (préciser) _____			

### RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : _____		Prénoms : _____	
<b>Situation familiale :</b> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		<b>Qualité :</b> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____	
Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à _____			
Adresse : _____ _____		Code postal : _____ Commune : _____	
Courriel : _____ @ _____			
☎ Personnel 1 : _____		☎ Personnel 2 : _____	
Profession : _____		Employeur : _____	
Adresse employeur : _____			
Régime social : Général (CPAM) <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <input type="checkbox"/> Spéciaux (préciser) _____			

## FICHE DE RENSEIGNEMENT «ENFANTS»

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénoms : _____	Prénoms : _____	Prénoms : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
Lieu de naissance : _____	Lieu de naissance : _____	Lieu de naissance : _____
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Classe en 2023/2024 : _____	Classe en 2023/2024 : _____	Classe en 2023/2024 : _____
Pratique alimentaire : Sans viandes <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/>	Pratique alimentaire : Sans viandes <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/>	Pratique alimentaire : Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/>

### ATTESTATION MEDICALE d'Accueil Collectif de Mineurs (à remplir exclusivement par le médecin traitant)

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Certifie que le ou les enfants mentionnés ci-dessus sont à jour de leurs vaccins pour l'année scolaire 2024/2025

Enfant 1 (prénom) : \_\_\_\_\_ A jour  - Contre indication : \_\_\_\_\_

Enfant 2 (prénom) : \_\_\_\_\_ A jour  - Contre indication : \_\_\_\_\_

Enfant 3 (prénom) : \_\_\_\_\_ A jour  - Contre indication : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

*Signature et tampon du médecin obligatoires*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est nécessaire. A votre initiative, le P.A.I. est une démarche établie entre les responsables de l'établissement scolaire, le médecin scolaire et les représentants des structures et collectivités qui sont impliquées dans la vie de l'enfant souffrant de trouble chronique de santé. Le P.A.I. facilite l'accueil de l'enfant afin d'éviter l'exclusion et l'isolement. Il est à réactualiser chaque année.

• **Votre enfant doit-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?**    Oui     Non

**Si oui, indiquer nom et prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

• **Votre enfant est-il porteur de (répondre par OUI ou par NON) :**

	Lentilles	Lunettes	Prothèses dentaires	Prothèses auditives	Autres
Enfant 1 (prénom) :					
Enfant 2 (prénom) :					
Enfant 3 (prénom) :					

## INSCRIPTION AUX DIFFERENTS SERVICES (cocher vos choix)

INSCRIPTION AUX DIFFERENTS SERVICES (cocher vos choix)						
PERISCOLAIRES MATIN	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tarif <i>C. Municipal juin 2021</i>	Date et signature
Accueil de 7h30 à 8h10					Tarif mensuel dégressif suivant QF QF ≤ 1000 € : 09 € QF > 1000 € : 11 €	
Enfant 1 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant 2 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant 3 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERISCOLAIRES SOIR	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tarif	Date et signature
Horaire prévisionnel de départ de votre (vos) enfant(s)					Tarif mensuel dégressif suivant QF  QF ≤ 1000 € : 15 € QF > 1000 € : 18 €	
Enfant 1 (prénom) :	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>		
	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>		
	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>		
	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>		
Enfant 2 (prénom) :	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>		
	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>		
	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>		
	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>		
Enfant 3 (prénom) :	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>		
	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>	17h30 <input type="checkbox"/>		
	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>		
	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>	18h30 <input type="checkbox"/>		
RESTAURATION	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tarif	Date et signature
Enfant 1 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 € le repas PAI sans repas : 1€	
Enfant 2 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant 3 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ATELIER THEATRE	Jour	Créneaux			Tarif	Date et signature
Enfant 1 (prénom) :	<b>Mardi</b>	CP-CE1 16h45-17h30 <input type="checkbox"/>			<b>25 € par mois</b>	
Enfant 2 (prénom) :		CE2-CM1-CM2 17h35-18h30 <input type="checkbox"/>				
Enfant 3 (prénom) :		CP-CE1 16h45-17h30 <input type="checkbox"/>				
		CE2-CM1-CM2 17h35-18h30 <input type="checkbox"/>				
		CP-CE1 16h45-17h30 <input type="checkbox"/>				
		CE2-CM1-CM2 17h35-18h30 <input type="checkbox"/>				
EXTRASCOLAIRE	Mercredi	Vacances scolaires		Horaires	tarif	Date et signature
Enfant 1 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7h30-18h00	Tarif dégressif suivant QF de 6 € à 17 € Régimes spéciaux (MSA, Monaco) tarifs particuliers	
Enfant 2 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfant 3 (prénom) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CONSERVATOIRE DE MUSIQUE	Instrument ou atelier				Observations	
Enfant 1 (prénom) :					<b>Il s'agit d'une Préinscription uniquement.                      L'inscription définitive sera validée par le conservatoire en fonction de plusieurs critères.</b>	
Enfant 2 (prénom) :						
Enfant 3 (prénom) :						
AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE (en dehors des responsables légaux)						
J'autorise mon ou mes enfants âgés de plus de 6 ans à quitter seuls l'ACCUEIL DE LOISIRS DU SOIR <input type="checkbox"/>						
J'autorise les personnes majeures suivantes à prendre en charge à la fin de l'ACCUEIL DE LOISIRS DU SOIR et sur présentation d'une pièce d'identité, mon ou mes enfants <input type="checkbox"/>						

NOM Prénom	☎ 1	☎ 2	Lien de parenté

## AUTORISATION DE PUBLICATION D'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

La Mairie d'Aspremont et le SIVOM Val de Banquière à publier sur tout support des photographies, films, enregistrements sur lesquels peut figurer mon ou mes enfants ainsi que les productions et œuvres originales qu'il(s) aura(ont) réalisées dans le cadre des activités périscolaires auxquelles je l'ai (les ai) inscrit(s) 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). Publication consentie à titre gratuit.

## LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Ce dossier papier sera conservé durant 10 années

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données, exercer vos droits ou poser toutes vos questions sur leurs traitements dans ce dispositif, en vous adressant par voie postale au Délégué à la protection des données : SIVOM VAL DE BANQUIERE – 21 Bd du 8 mai 1945 – ST ANDRE DE LA ROCHE , ou par mail [protectiondesdonnees@svdb.fr](mailto:protectiondesdonnees@svdb.fr)

## 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, ...). **Cochez**
- 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 ou mes enfants. **Cochez**
- Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le responsable du service enfance qui vous contactera. **Cochez**
- J'assume l'entière responsabilité de la décharge parentale en cas de problème survenant après la sortie de mon ou mes enfants. **Cochez**
- Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents et enfants) la charte du Vivre Ensemble. **Cochez**
- Je reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative de la commune d'Aspremont et de l'ALSH extra-scolaire du SIVOM Val de Banquière. **Cochez**
- J'ai lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles (rubrique loi informatique et liberté) et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation de mes données exprimées. **Cochez**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du ou des responsables légaux du ou des enfants** (précédée de la mention « lu et approuvé »)



## IMPORTANT : CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE 2024/2025

- **Un seul dossier Foyer doit être rempli pour l'ensemble des enfants rattachés**
- Pour bénéficier d'un tarif adapté à votre situation, vous devez justifier de vos revenus ou de votre quotient familial. A défaut, le tarif de base sera appliqué.

### *Pièces à Fournir (photocopie des documents)*

#### **Pour toutes les familles :**

- Dernier bulletin de salaire de chaque adulte du foyer / et ou extrait Kbis et / ou URSSAF de moins de 3 mois
- Si votre adresse est différente de l'avis d'imposition un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- une attestation de responsabilité civile du foyer
- copie de tous les feuillets du livret de famille
- Un exemplaire du règlement intérieur signé

#### **Pour les familles allocataires de la CAF des Alpes Maritimes**

- Soit, vous autorisez nos services à consulter vos données sur le site CDAP des alpes maritimes
- Soit, vous devez fournir une attestation de paiements et de quotient familial CAF 06 mentionnant le QF et la composition de la famille

*\*La CAF met à disposition de nos services un accès informatique CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par le Partenaire), permettant d'accéder à vos informations personnelles telles que votre adresse, la composition de votre foyer et votre quotient familial, ce qui vous évite de fournir sur papier toute modification dans l'année en cours.*

#### **Pour les familles non allocataires de la CAF des Alpes Maritimes**

- L'avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 de chaque personne du foyer
- Les prestations familiales versées par votre caisse d'allocation familiale si votre régime est différent du régime général

### **ASSURANCE**

COMPAGNIE D'ASSURANCE : \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE : \_\_\_\_\_

Dans votre intérêt pensez à vérifier que votre assurance couvre bien les dommages corporels auxquels peuvent être exposés vos enfants au cours des activités qu'ils pratiquent pendant le temps périscolaire.

**RETOUR DES DOSSIERS D'INSCRIPTIONS A L'ACCUEIL DU PERISCOLAIRE  
DE L'ECOLE DE LA PRAIRIE (Matin et Soir)**

**Du 12 au 30 juin 2024**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

**Renseignements : [mairie@aspremont.fr](mailto:mairie@aspremont.fr) - 04.93.08.00.01**