INSCRIPTIONS :

Pour que votre enfant participe aux temps périscolaires, ce dossier doit être dûment complété, accompagné des documents demandés et remis au Pôle Éducation-Animation de la Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise au plus tard le 10 août 2023.

CONTACT & LIENS UTILES :

Coordinatrice périscolaire :
Mme ROUVRAIS-GOBILLARD Émilie

emilie.rouvrais@cc-argonnechampenoise.fr
07.57.06.44.85

ONE : https://oneconnect.opendigitaleducation.com

Site de la CCAC : https://www.argonnechampenoise.fr

HORAIRES :

- **7h30-9h00 Accueil matin**
- **12h00-14h05Restauration**
- **17h05-18h30 Accueil soir**

DOSSIER PÉRISCOLAIRE GIVRY 2023-2024

DOCUMENTS À FOURNIR :

- **Copie des vaccins de votre enfant**
- **N° allocataire CAF ou attestation de Quotient Familial MSA (pour les tarifs)**
- **Copie de l'assurance périscolaire**

Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise
Pôle Éducation-Animation
50 Avenue de Pertison
51800 STE-MÉNEHOULD

Nous contacter :
Mail : jeunesse@cc-argonnechampenoise.fr -Tél : 03.26.60.45.04

TARIFS PÉRISCOLAIRES
(Selon Quotient Familial)

Tarifs des ACCUEILS PÉRISCOLAIRES MATIN ET SOIR :

TARIFS en €	Tranche 1 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Retard
½ heure	0,30	0,40	0,50	0,60	**5,00**

Réduction de 20% à partir du deuxième enfant et pour les suivants :

TARIFS en €	Tranche 1 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Retard
½ heure	0,24	0,32	0,40	0,48	**5,00**

Tarifs de la RESTAURATION :

TARIFS en €	Tranche 1 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Non-respect du délai
Repas	4,00				**3,00**
Animation autour du repas	1,20	1,40	1,60	1,80	

Réduction de 20% à partir du deuxième enfant et pour les suivants :

TARIFS en €	Tranche 1 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Non-respect du délai
Repas	4,00				**3,00**
Animation autour du repas	0,96	1,12	1,28	1,44	

Une aide du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune peut être accordée.
Rapprochez-vous de votre Mairie.

La facturation des prestations est mensuelle, le paiement se fait via Internet (site Payfip) ou auprès d'un buraliste/partenaire agréé, liste consultable sur :
http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite

Si un changement intervenait après la remise de ce dossier, les parents doivent en aviser la directrice périscolaire dans les meilleurs délais ou procéder aux modifications via le Portail Famille.

N'oubliez pas de prendre connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique afin de connaitre l'organisation de l'accueil.

Pour toutes questions, nous restons à votre disposition.

Le Pôle Éducation-Animation.

Argonne Champenoise

Dossier d'inscription aux temps périscolaires
École de GIVRY-EN-ARGONNE
Année scolaire 2023-2024

INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX[1]

Partie réservée à l'administration :
Famille : ……
Reçu le : …… Suivi par : ……..
Enregistré le : ……

☐ Mariés/Pacsés	☐ Famille d'Accueil	☐Veuf(Ve)	☐Séparés *En cas de garde alternée, merci de préciser le calendrier*
☐Monoparentale	☐Concubinage	☐ Divorcés *Merci de nous fournir la copie du jugement relative à la garde des enfants*	

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Lien de parenté avec l'enfant :	*Lien de parenté avec l'enfant :*
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse* :	Adresse *:
CP/ Commune :	CP/ Commune :
Tél. Domicile :	Tél. Domicile :
Tél. Portable* :	Tél. Portable* :
Tél. Travail :	Tél. Travail :
Email* :	Email* :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

*Merci d'adresser la facture** : ☐Mère ☐Père ☐Famille d'accueil

Nombre d'enfant à charge ☐

N° d'allocataire CAF *ou attestation MSA** *
(nécessaire pour établir le tarif de facturation)

[1] * *Champs et documents obligatoires*

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Photo récente

Nom et prénom :

Né(e) le : Genre : Masculin ☐ Féminin ☐

Lieu de résidence de l'enfant :

École : Enseignant :

Mon enfant va faire sa rentrée scolaire en :

- Maternelle : ☐ Petite Section ☐ Moyenne Section ☐ Grande Section
- Élémentaire : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES *(Merci de cocher les cases auxquelles vous souhaitez inscrire votre enfant)*		
Accueil du MATIN -7h30/9h00	En continu sur l'année ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Occasionnellement → *je ferai les demandes via le Portail Famille*
RESTAURATION – 12h00/14h05	En continu sur l'année ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Occasionnellement → *je ferai les demandes via le Portail Famille*
Accueil du SOIR – 17h05/18h30	En continu sur l'année ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Occasionnellement → *je ferai les demandes via le Portail Famille*

AUTORISATIONS	
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à photographier/filmer mon enfant et à utiliser ces supports pour des activités ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise l'utilisation de ces supports (photos et/ou vidéos) sur :	☐ Plateforme ONE ☐ Site internet de la CCAC ☐ Facebook de la CCAC ☐ Presse locale
J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans les locaux et à l'extérieur ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à maquiller mon enfant ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à se déplacer en minibus avec mon enfant ?	☐ Oui ☐ Non
Mon enfant sait-il nager ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise mon enfant à aller à la piscine ?	☐ Oui ☐ Non

SÉCURITÉ

Je mentionne ci-dessous les personnes autorisées à récupérer mon enfant à la sortie des activités (une CNI peut être demandée)
(Aucune personne non mentionnée ne pourra récupérer votre enfant si vous ne nous l'avez pas signalée)

NOM - PRÉNOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	LIEN

SANTÉ

MALADIES (si votre enfant a déjà eu une de ces maladies, merci de cocher la case ou les cases correspondantes)	☐ Angine ☐ Coqueluche ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme ☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle ☐ Otite

Difficultés de santé/ Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, auditif, difficulté du sommeil etc.)

……

……

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ **OUI** (si oui, lequel ……*)
*Fournir photocopie de l'ordonnance médicale
☐ **NON**

VACCINS*	Merci de fournir la photocopie des vaccinations
ALLERGIES	☐ Alimentaires ☐ Asthme ☐ Médicamenteuses ☐ Animaux ☐ Autres : …… L'enfant possède-t-il un PAI ? ☐ **OUI** *(Joindre le protocole)** ☐ **NON** (un enfant ayant une allergique alimentaire, ne pourra être accueilli en restauration scolaire que s'il possède un PAI validé par un médecin scolaire)
HANDICAP	Votre enfant possède-t-il une reconnaissance MDPH ? ☐ **OUI** ☐ **NON**
RÉGIME ALIMENTAIRE	☐ **Repas standard** ☐ **Repas sans porc** ☐ **PAI** (panier repas fourni par la famille)
MÉDECIN TRAITANT *(nom, adresse, numéro de téléphone)*	

ASSURANCE*

Joindre la copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire de votre enfant

Les parents ou représentants légaux :

- Déclarent exacts les renseignements portés sur ce dossier
- Reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur
- En cas d'accident ou d'incident, autorisent le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Date : ……/……/……. **Signature du ou des responsable(s) légal(aux)**