

Bassens le **25 FEV. 2020**

Monsieur TURON  
Maire de Bassens  
Conseiller Délégué – Bordeaux Métropole

A

Mesdames et Messieurs  
les parents des élèves fréquentant les services  
périscolaires

Service Education Enfance Jeunesse  
☎ 05.57.80.81.87  
☎ 05.57.80.81.58

CL/ME/24.20  
Affaire suivie par Mme LEGLISE

Objet : Inscriptions services périscolaires

Madame, Monsieur,

Les inscriptions périscolaires pour la rentrée scolaire 2020/2021 (Restauration, accueil périscolaire, temps d'activité périscolaire (TAP), transport et accueil de loisirs mercredis et vacances scolaires (alsh)) se feront :

**Du LUNDI 14 AVRIL au VENDREDI 03 JUILLET 2020**  
**SUR RENDEZ-VOUS EN MAIRIE**  
**OU SUR L' ESPACE CITOYEN ET FAMILLE** (<https://www.espace-citoyens.net/bassens/espace-citoyens/>)\*

Et **SAMEDI 04 JUILLET 2020** (de 9H à 12H – avec ou sans rendez-vous)

**Passé ce délai**, les inscriptions se feront **UNIQUEMENT**  
sur votre **Espace Citoyen et Famille jusqu'au 14 AOUT 2020**

Je vous rappelle que ces inscriptions sont obligatoires pour que votre (vos) enfant(s) puisse(nt) bénéficier de ces services.

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité**, exception faite de l'assurance non délivrée à la date de l'inscription, qui sera à fournir **impérativement** à la rentrée au plus tard.




Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Maire,



Jean-Pierre TURON

(\*) Sauf pour les familles en situation de gardes alternées qui devront retirer un dossier et prendre rendez-vous auprès du service Education Enfance Jeunesse.

Responsable de service :   
Directeur Général :   
Directeur de Cabinet : 

42 avenue Jean Jaurès 33530 BASSENS  
Tél. 05 57 80 81 57 Fax 05 57 80 81 58 Courriel : [contact@ville-bassens.fr](mailto:contact@ville-bassens.fr)

## INSCRIPTIONS 2020 – 2021 sur rendez-vous uniquement

*RESTAURATION - ACCUEIL PERISCOLAIRE – TEMPS D'ACTIVITE PERISCOLAIRE  
(TAP) - ALSH Mercredis et Vacances scolaires- TRANSPORT SCOLAIRE*

### Documents à fournir

- ↳ 1 – FICHE D'INSCRIPTION à compléter et à signer
- ↳ 2 – FICHE SANITAIRE à compléter et à signer
- ↳ 3 – COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE  
(Certificat médical en absence du carnet de santé)
- ↳ 4 – LIVRET(S) DE FAMILLE dans son intégralité de tous les enfants du foyer  
(Si séparation : copie du dernier jugement mentionnant la résidence de l'enfant)
- ↳ 5 - ATTESTATION SECURITE SOCIALE en cours de validité
- ↳ 6 - ASSURANCE Responsabilité civile et individuelle accident
- ↳ 7 – COPIE DECLARATION DES REVENUS 2019  
(Pour les personnes en situation de garde alternée fournir les ressources des deux foyers parentaux et un calendrier de garde alternée à retirer en mairie et signé par les deux parents).
- ↳ 8 – DERNIERE NOTIFICATION DE PAIEMENT CAF
- ↳ 9 – POUR L'INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE
  - ATTESTATION D'EMPLOYEUR ou CONTRAT DE TRAVAIL DU FOYER datant de - 3mois  
(OBLIGATOIRE – Bulletins de salaires refusés)

#### POUR LES PERSONNES HORS COMMUNE

*se munir uniquement des pièces : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 8 et 9*

*Tout dossier incomplet ne sera pas traité, exception faite de l'assurance non délivrée à date de l'inscription, qui sera à nous fournir à la rentrée au plus tard.*



# Inscriptions

## aux activités périscolaires et extrascolaires

### Année 2020 – 2021

Le présent dossier ne constitue qu'une demande. L'inscription ne sera effective qu'après confirmation du service Education Enfance Jeunesse, suite à l'étude de l'ensemble des pièces justificatives.

#### Type d'inscriptions souhaitées

- |                                                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RESTAURANT SCOLAIRE                 | <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI (ALSH)    |
| <input type="checkbox"/> ACCUEIL PERISCOLAIRE                | <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS DES VACANCES (ALSH)   |
| <input type="checkbox"/> TEMPS D'ACTIVITE PERISCOLAIRE (TAP) | <input type="checkbox"/> TRANSPORT SCOLAIRE (Nom de l'arrêt.....) |

#### Renseignements sur l'enfant

**ELEMENTAIRE**

Nom de l'établissement :

**MATERNEL**

Classe :

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

Mère  Père OU  Autre représentant légal  Mère  Père OU  Autre représentant légal

NOM : .....PRENOM : ..... NOM : .....PRENOM : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

..... Adresse : .....

..... Adresse : .....

Tél : ..... Tél : .....

Courriel : ..... Courriel : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone professionnel : .....

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  Pacsé  Marié  Divorcé  Séparé

#### Informations complémentaires (à remplir dans le cas d'une recomposition de la famille)

Conjoint(e) : NOM : .....PRENOM : ..... Tel : .....

Mail : .....

Tel : professionnel .....

Autorisé(e) à venir chercher l'enfant et à être contacté(e) en cas d'absence du parent.

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  Pacsé  Marié  Divorcé  Séparé

## Coordonnées des contacts

Les personnes indiquées sont autorisées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'absence des parents (Retard des parents,...).

NOM PRENOM : ..... Tel.....

ADRESSE.....

LIEN AVEC L'ENFANT.....

NOM PRENOM : ..... Tel.....

ADRESSE.....

LIEN AVEC L'ENFANT.....

NOM PRENOM : ..... Tel.....

ADRESSE.....

LIEN AVEC L'ENFANT.....

## Informations complémentaires

**Régime de Sécurité Sociale** du responsable légal qui couvre l'enfant (cochez la case qui correspond à votre situation)

Régime Général (et RSI)

MSA

**N° Allocataire CAF** : .....

**HABITUDES ALIMENTAIRES** (cochez une seule réponse) :

REPAS SANS PORC

REPAS SANS BŒUF

REPAS SANS VIANDE

REPAS VEGETARIEN

## Autorisations parentales

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....déclare :

- Avoir le plein exercice de l'autorité parentale \*
- en qualité de père, mère, tuteur,\*

**\*(si séparation joindre le jugement de séparation mentionnant la résidence de l'enfant)**

- Autoriser le personnel municipal de Bassens à prendre toutes les mesures d'urgence qui s'imposent en utilisant les services appropriés,

-Autoriser la reproduction de photographies et vidéos prises dans les structures scolaires et périscolaires représentant mon enfant pour les usages suivants (cochez) :

Publication dans les magazines municipaux

Publication sur le site web de la ville / Instagram

Journal Sud-Ouest

- Accepter d'être contacté pour des informations inhérentes au service (exemple : réservations ALSH, organisation des journées de grève) par :

Courriel

SMS

**EN CAS D'ACCIDENT LES ENFANTS SERONT TRANSPORTES PAR LES SERVICES DE SECOURS A L'HOPITAL.**

A BASSENS, le .....

Signature

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
--------------	-----------------

## 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDES – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)		BCG	
Coqueluche		Hépatite B	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** ?  Oui  Non

Lequel ? .....

## L'ENFANT A-T-IL DEJA EU UNE INTOLERANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MEDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

.....  
.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  Oui  Non

.....  
.....

## Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## 3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil :

.....  
.....

## 4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE** ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) : ..... **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL**