

Bassens le **24 AVR. 2019**

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
☎ 05.57.80.81.57
✉ 05.57.80.81.58

CL/ME/62.19
Affaire suivie par Mme LEGLISE

Objet : Inscriptions services périscolaires

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la prochaine rentrée scolaire 2019-2020, les services restauration, accueil périscolaire, temps d'activité périscolaire (TAP), transport et accueil de loisirs mercredis et vacances scolaires (alsh) accueilleront de nouveau vos enfants à compter du mois de septembre.

Les inscriptions se feront :

Du LUNDI 13 MAI au VENDREDI 16 AOUT 2019 INCLUS

Deux permanences vous seront également proposées : **les samedis 29 juin et 07 septembre 2019 de 09H à 12H (avec ou sans rendez-vous).**

Aucune inscription ne sera acceptée en dehors de cette période.

A nouveau cette année, nous vous invitons à réaliser vos inscriptions (*) depuis l'espace Citoyen et Famille en vous connectant depuis le site de la ville : www.bassens.fr .

Si cela ne vous est pas possible, vous pouvez retirer un dossier et prendre rendez-vous auprès du service Education Enfance Jeunesse en Mairie.

Ces inscriptions sont obligatoires pour la fréquentation de ces services : les enfants ne pourront pas être accueillis le jour de la rentrée si le dossier d'inscription n'a pas été validé.

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 et les hors communes 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

INSCRIPTIONS 2019 – 2020 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
- ↳ 4 – LIVRET DE FAMILLE dans son intégralité
(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 - DECLARATION DES REVENUS 2018 remplie au mois de mai 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 (si vous n'êtes pas en possession de ce document vous munir de votre carte d'allocataire)

Si votre situation a changé depuis 2018, nous fournir vos revenus actuels (sur les 3 derniers mois)

- ↳ 9 – POUR L'INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE
 - ATTESTATION D'EMPLOYEUR DU FOYER datant de - 3mois (OBLIGATOIRE)

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 2019 – 2020

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

MATERNEL

Nom de l'établissement :

Classe :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

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

NOM :PRENOM : NOM :PRENOM :

Adresse : Adresse :

Tél : Tél :

Courriel : Courriel :

EMPLOYEUR (nom et adresse) EMPLOYEUR (nom et adresse)

Emploi occupé Emploi occupé
Téléphone Téléphone

Situation familiale : Célibataire Concubinage Pacsé Marié Divorcé Séparé

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

Conjoint(e) : NOM :PRENOM : Tel :

Mail :

Emploi occupé : Tel :

Employeur (Nom et adresse).....

.....

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

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

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

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