

ACCUEIL DE LOISIRS (A.L)

(les mercredis et pendant les vacances scolaires).

ACCUEIL DE LOISIRS ASSOCIE A L'ECOLE (A.L.A.E.)

(le matin avant la classe, le midi et le soir)

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (T.A.P.)

Différents points d'inscriptions sont ouverts aux familles sur l'ensemble du territoire afin de faciliter les démarches administratives d'inscription aux Accueils de Loisirs. De même, un dossier unique à compléter et à renouveler chaque année a été mis en place pour l'accueil de Loisirs (AL) les mercredis et les vacances scolaires, et l'Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole (ALAE) dont les Temps d'Activités Périscolaires.

Pôle Enfance Famille
Service des inscriptions A.L./A.L.A.E.
10 Rue Alexandre GUIRAUD
11000 CARCASSONNE
04.68.26.74.85 ou 04.68.26.74.86
Fax : 04.68.72.31.94

Antenne de TREBES
Service des inscriptions A.L./ A.L.A.E.
Route de RUSTIQUES
11800 TREBES
Tel : 04.68.78.81.81 // Fax : 04.68.78.96.90

Antenne de VILLEMOUSTAUSOU
Service des inscriptions A.L./A.L.A.E.
14 Avenue Emile CLARENC
11620 VILLEMOUSTAUSOU
Tel : 04.68.25.02.66 // Fax : 04.68.25.02.66

Antenne d'ALZONNE
Service des inscriptions A.L./A.L.A.E.
13 Rue des Jardins
11170 ALZONNE
Tel : 04.68.24.50.30 // Fax : 04.68.79.09.23

Antenne de PEYRIAC MINERVOIS
Service des inscriptions A.L./A.L.A.E.
5 Chemin des des Pèlerins
11160 PEYRIAC MINERVOIS
Tel: 04.68.78.54.62 / 06.89.28.77.22

Antenne de CONQUES
Service des inscriptions A.L./A.L.A.E.
Mairie de Conques - 1 Avenue de Notre Dame
11600 CONQUES SUR ORBIEL
Tel : 04.68.72.37.61

Accueil de Loisirs (AL)

Pour que votre enfant fréquente l'AL, il vous suffit de réserver et payer votre séjour auprès des points Inscription. Les réservations ne seront effectives que dans la mesure où le dossier est complet et le séjour réglé.

Les renseignements sur les différents Accueils de Loisirs peuvent se trouver sur le site « carcassonne-agglo.fr », onglet « Enfance, Jeunesse, Séniors » / « L'enfance-Jeunesse ». Ainsi, il vous sera possible de retrouver l'ensemble des programmes des vacances des Accueils de Loisirs dès leur parution.

Accueil de Loisirs Associés à l'Ecole (ALAE)

Réservations obligatoires par l'intermédiaire de fiches spécifiques

Facturation établie en fonction de votre quotient familial et conformément aux tarifs délibérés par le Conseil d'Administration du C.I.A.S. Carcassonne Agglo Solidarité.

Pour les Temps d'Activités Périscolaires (TAP) liée à la réforme des rythmes scolaires, un dispositif spécifique est mis en place selon les communes.

Basé sur des réservations obligatoires aux activités, auprès du directeur de la structure, ces dernières peuvent fonctionner par le biais de deux dispositifs:

- **Ateliers** organisés autour de thématiques. Les réservations se font pour la période complète (entre deux vacances) et sur l'intégralité de la plage horaire.
- **Accueils libres** où l'enfant pourra librement évoluer (temps libre : dessins, jeux de société, temps calmes, ...). Les réservations sont hebdomadaires.

A la fin du TAP, les enfants restant sur l'activité sont automatiquement intégrés au sein de l'ALAE (dont la participation sera ensuite facturée à la famille).

IMPORTANT :

Les réservations étant obligatoires en ALAE et en TAP, seuls les enfants prévus pourront être accueillis. A la fin de l'école, tout enfant de moins de 6 ans qui ne sera pas inscrit à l'ALAE ou au TAP restera sous la responsabilité de l'enseignant. Les enfants de plus de 6 ans qui n'auront pas leur place réservée resteront alors sous la responsabilité familiale.

LES PIECES A FOURNIR:

- La fiche sanitaire et de liaison,
- Un justificatif du n° allocataire CAF ou MSA portant notification de votre quotient familial et l'attestation de droits de carte vitale
- Une attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire au nom de l'enfant mentionnant la période de validité. Cependant, il est de l'intérêt des mineurs accueillis d'avoir souscrit un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.

Si votre dossier Caf mentionne « ressources non connues », il faudra fournir au service votre dernier avis d'imposition sur les revenus ainsi qu'un document portant mention des prestations familiales versée au cours du mois.

Si vous êtes non allocataire CAF ou MSA fournir obligatoirement le dernier avis d'imposition ainsi que le document portant mention des prestations familiales versées.

DROIT DE COMMUNICATION

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'inscription de votre enfant. Elles peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Accueil des mineurs. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer un droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service des inscriptions. Lors de l'inscription de votre enfant en accueil de loisirs, le service des inscriptions accède par convention au site CAF PRO pour consulter votre quotient familial et ainsi appliquer le tarif correspondant.

Nom de l'enfant:

Prénom:

Né(e) le :

Ecole:

Classe:

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE SCOLAIRE 2014/2015

A compléter et à nous retourner rapidement

N°CAF :

QF

C méd

Ass

RESPONSABLE (S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 : (Père, mère, ...Précisez)

RESPONSABLE 2 : (Père, mère,Précisez)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Email :

Email :

Adresse :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Code Postal :

Ville :

☎ domicile :

☎ domicile

☎ travail :

☎ travail :

☎ portable / autre :

☎ portable / autre :

Foyer ou réside l'enfant:

Parents:

Père:

Mère:

Autre: Précisez :

Nom de l'accueillant :

☎ :

Adresse où réside l'enfant :

Appliquez-vous une garde alternée (Fournir un document précisant les modalités)

oui: non:

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE :

1° NOM :

☎ domicile :

☎ Travail :

2° NOM :

☎ domicile :

☎ Travail :

Autorisations de sorties

J'AUTORISE mon enfant (uniquement pour les enfants de plus de 6 ans) à quitter seul (cocher la case par activité) :

L'AL - Heure de départ (heure de fermeture de l'AL)

L'ALAE - Heure de départ

TAP - Uniquement possible à la fin du TAP

PERSONNES POUVANT RECUPERER VOTRE ENFANT (une carte d'identité pourra être demandée) :

1° NOM : ☎ : ☎ Travail :

2° NOM : ☎ : ☎ Travail :

3° NOM : ☎ : ☎ Travail :

4° NOM : ☎ : ☎ Travail :

Communication

(1) J'AUTORISE, la publication éventuelle de la photographie de mon enfant dans la presse locale ou des supports de communication intercommunaux (plaquettes, affiches, ...) et tous supports numériques.

(1) JE N'AUTORISE PAS le CIAS Carcassonne Agglo Solidarité à utiliser les images photographiques ou numériques de mon enfant.

J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL, de l'ALAE (dont TAP) et avoir pris connaissance du Règlement intérieur et en en respecter les termes.

(1) Cochez la ou les mention(s) utile(s).

(3) Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Certifié exact,

à :

Le :

Nom et signature
du responsable légal
de l'enfant (3) :

AFIN DE TENIR CETTE FICHE A JOUR, VEUILLEZ NOUS SIGNALER TOUT CHANGEMENT DANS VOS COORDONNEES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année Scolaire 2014 / 2015.

A compléter et à nous retourner rapidement

ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	Sexe :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date des Derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Méningite	
		BCG	
		Autres : (préciser)	

N° Sécurité Sociale du responsable qui couvre l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :					L'enfant à t'il déjà eu les maladies suivantes : (cochez)			
rubéole	varicelle	angine	coqueluche	otite	scarlatine	oreillons	rougeole	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANTE de L'ENFANT

Votre enfant présente-t-il une allergie ?
 Asthme : Médicamenteuse : Alimentaire : Autres :

L'enfant fait-il l'objet d'un P. A. I (Projet d'Accueil Individualisé) scolaire ? Oui Non

Situation particulière de votre enfant :
 Si votre enfant présente une allergie, une situation particulière... un Projet d'Accueil Individualisé doit être établi. Ce PAI est fait dans l'intérêt de l'enfant ceci afin de permettre la meilleure des prises en charge.

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc) **Si oui**
 Précisez

Médecin traitant : _____ Tel : _____

Je soussigné(e) Mme, Mr :

Responsable légal de l'enfant : Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs (dont TAP), au cas où mon enfant serait victime d'un accident, à prendre , le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De le conduire ou faire conduire celui-ci auprès des services médicaux compétents (en tout état de cause, la famille sera alertée simultanément) et m'engage à rembourser les frais éventuels engagés par le C.I.A.S « Carcassonne Agglo Solidarité ».

En cas d'hospitalisation temporaire (service urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit (article 55 du décret du 14 janvier 1974).

En conséquence, le responsable de l'A.L (dont TAP) sera autorisé à reprendre mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des AL, des ALAE

Certifié exact,
 Nom et signature du responsable légal de l'enfant :
 Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »
 à : _____ Le : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) _____ docteur en médecine,

Certifie que l'enfant ne présente aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse, est apte à vivre en collectivité, est à même de pratiquer les activités physiques de pleine nature,

exception faite de : _____

L'organisateur décline toute responsabilité en cas de contre-indication non mentionnée.

Signature et cachet du praticien,

A : _____ Le : _____