



Volgelsheim

Formulaire valable uniquement s'il est accompagné des pièces justificatives (voir notice explicative au dos)

Cotisation ☐

Charles Perrault, Alexandre Dumas et Frères Grimm

Représentant légal		☐ Père	☐ Mère	☐ Autre	Précisez :																		
Nom																							
Prénom																							
Date de naissance								Régime : ☐ GENERAL ☐ MSA ☐ AUTRE.....															
Adresse																							
Code postal								Ville															
Téléphone privé																							
Téléphone portable																							
Nom de l'employeur																							
Conjoint		☐ Père	☐ Mère	☐ Autre	Précisez :																		
Nom																							
Prénom																							
Date de naissance																							
Adresse																							
Code postal								Ville															
Téléphone privé																							
Téléphone portable																							
ENFANT		Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin																					
Établissement scolaire																		Classe					
Nom de l'enfant																							
Prénom de l'enfant																							
Date de naissance																							
		Lieu de naissance																					
Âge				Numéro allocataire																			

Les prestations :	Tarifs Habitant de la Commune 2022/2023				Tarifs Habitant hors de la Commune 2022/2023			
	Tarif forfait jour QF<=800		Tarif forfait jour QF>800		Tarif forfait jour QF<=800		Tarif forfait jour QF>800	
	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfants
Accueil du matin (ann)	☐ 31.11€	☐ 29.56€	☐ 34.57€	☐ 32.84€	☐ 43.55€	☐ 41.38€	☐ 48.40€	☐ 45.97€
Accueil du matin (occ)	☐ 3.14€	☐ 2.98€	☐ 3.66€	☐ 3.49€	☐ 4.39€	☐ 4.17€	☐ 5.13€	☐ 4.87€
Restauration annuel	☐ 86.03€	☐ 81.72€	☐ 95.58€	☐ 90.80€	☐ 120.37€	☐ 114.35€	☐ 133.74€	☐ 127.05€
Restauration occasionnelle	☐ 6.24€	☐ 5.92€	☐ 6.93€	☐ 6.58€	☐ 8.73€	☐ 8.29€	☐ 9.71€	☐ 9.21€
Act. Périsc. du soir occasionnel	☐ 6.00€	☐ 5.70€	☐ 6.67€	☐ 6.33€	☐ 8.39€	☐ 7.97€	☐ 9.33€	☐ 8.87€
Act. Perisc. Du soir Annuel	☐ 76.94€	☐ 74.05€	☐ 86.60€	☐ 82.27€	☐ 109.11€	☐ 103.66€	☐ 121.24€	☐ 115.17€
Mercredi journée	☐ 18.23€	☐ 17.32€	☐ 20.26€	☐ 19.25€	☐ 21.88€	☐ 20.79€	☐ 24.32€	☐ 23.10€
Mercredi demi-journée matin avec repas	☐ 10.78€	☐ 10.23€	☐ 11.97€	☐ 11.38€	☐ 12.94€	☐ 12.29€	☐ 14.40€	☐ 13.65€
Mercredi demi-journée après-midi avec repas	☐ 11.60€	☐ 11.02€	☐ 12.89€	☐ 12.25€	☐ 13.93€	☐ 13.22€	☐ 15.47€	☐ 14.70€
Vacances scolaire journée	☐ 18.23€	☐ 17.32€	☐ 20.26€	☐ 19.25€	☐ 21.88€	☐ 20.79€	☐ 24.32€	☐ 23.10€

QF = Quotient familial donné par la CAF

Repas : Sans porc

Prélèvement (le 10 du mois)

Oui

Non

Date :

Signature :

Un dossier d'inscription, pour être validé, doit obligatoirement être signé et accompagné des pièces - suivante :

- ☐ Fiche sanitaire correctement remplie et signée,
- ☐ Fiche d'autorisation de sortie pour les activités périscolaires,
- ☐ Copie du dernier bulletin de salaire ou attestation d'employeur (des deux parents),
- ☐ Copie d'un justificatif de domicile (quittance, facture Edf, téléphone).
- ☐ Cotisation de 10 €,
- ☐ Copie du carnet de vaccination de l'enfant.

☐ Les familles, dont le QF N-1 (quotient familial) calculé par la CAF (Caisses d'allocations familiales) est inférieur ou égal à 800 € pourront bénéficier de tarifs préférentiels (voir tarifs).

Pour pouvoir bénéficier de ces tarifs en accueil de loisirs sans hébergement (mercredi et vacances) et en périscolaire (restauration scolaire, accueil périscolaire du soir et accueil du matin), les pièces suivantes seront demandées :

- La déclaration de revenu n-1 auprès de la CAF
- Le numéro d'allocataire de la C.A.F

Les enfants qui présentent une allergie alimentaire, un traitement médical, une maladie chronique, ne peuvent prétendre aux prestations qu'après avoir consulté le médecin référent de l'Association qui déterminera la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Ce projet validera l'inscription aux activités périscolaires et à la restauration scolaire.

Toutes les annulations de prestations pour être validées, doivent être confirmées par courrier auprès du bureau de l'Association. Sans confirmation par écrit les prestations peuvent continuer à être facturées aux parents.

Rappel : modalités de commande et décommande des repas pour les inscriptions mensuelles des écoles maternelles et certaines écoles élémentaires.

Les fiches de commande de repas doivent impérativement être retournées au bureau de l'association à la date indiquée sur ces dernières. Toute modification de repas (rajout ou décommande d'un repas) se fait de la façon suivante :

- pour le lundi et le mardi : le secrétariat doit être prévenu au plus tard, le jeudi de la semaine précédente, avant 9h30.
- pour le jeudi et le vendredi : le secrétariat doit être prévenu au plus tard, le mercredi de la semaine en cours, avant 9h30.

Pour les inscriptions annuelles, tout mois entamé est dû, sauf conditions particulières énoncées dans les règlements intérieurs des activités périscolaires et de la restauration scolaire.

En cas d'impayé ou de retard de paiement, un premier courrier de relance est envoyé. Une somme forfaitaire de 2.98 € (pour les rejets de prélèvements) ou 1 € pour le non-respect d'un paiement à une date déterminée, sera retenue pour l'envoi et la gestion de ce courrier.

Un deuxième courrier de relance est envoyé avec accusé de réception en cas de non-paiement suite au premier courrier. Une somme forfaitaire de 5.40 € sera retenue pour l'envoi et la gestion de ce courrier.



ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2022/2023**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Association PREALIS Volgelsheim :

DATE DE NAISSANCE : _____

Accueil Périscolaire-Accueil de loisir sans

GARÇON ☐FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en août 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année périscolaire.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio			BCG		
Ou Tétracoque				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les activités? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

Allergies : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ **MÉDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

Les enfants qui présentent des allergies alimentaires, de l'asthme ou toute autre maladie **nécessitant une attention particulière ou un traitement médicamenteux** ne peuvent prétendre aux prestations **qu'après accord du médecin** référent de l'association (Dr RISSE : 03.89.41.24.11).

Si l'allergie ou la maladie chronique ne concerne pas le temps de cantine ou périscolaire, ne rien inscrire.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

- PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	N° DE TÉLÉPHONE
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le (la) directeur(trice) des activités périscolaires à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature :



AUTORISATION DE SORTIE 2022/2023

Les enfants inscrits peuvent quitter les activités périscolaires (études, garderie, accueil du matin, ALSH) :

- Si leurs parents viennent les chercher
- Si une personne majeure dont le nom figure ci-dessous vient les chercher.

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

Maternelle ☐ ou **Élémentaire** ☐ (cochez la case correspondante) autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant.

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Pour les personnes désignées ci-dessus, une pièce d'identité peut être demandée.

Les enfants ne peuvent quitter les activités périscolaires que si une personne majeure habilitée par les parents vient les chercher.

Ces inscriptions annuelles correspondent à une présence **quotidienne et effective** de l'enfant.

Les absences restent exceptionnelles et sont justifiées par une excuse écrite la veille au personnel d'encadrement.

À Volgelsheim, le

Signature du représentant légal obligatoire



Association Préalys, L'île aux sourires
AUTORISATION PARENTALE
DE PRISE DE VUE 2022/2023
D'UN MINEUR ET D'UTILISATION DE SON IMAGE

Monsieur (père ou représentant légal).....

Madame (mère ou représentante légale).....

Demeurant.....
.....

☐

Autorisons l'Association Préalys

☐

N'autorisons pas l'Association Préalys

À réaliser, fixer, reproduire et publier/diffuser, avec ou sans modifications, des photographies (prises de vues générales ou portraits), films et/ou enregistrements sonores de notre enfant mineur.

Les prises de vues pourront être exploitées et utilisées pour les affichages au sein des structures de Préalys, dans le cadre de reportages, venues de journalistes, souvenirs, décorations ou pour le besoin d'une activité.

Nom, prénom de l'enfant.....

Né(e) le..... **À**

Demeurant.....

A..... Le.....

Père, mère, ou représentant(e) légal :

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

(Joindre un R.I.B. Obligatoirement)

MANDAT DE Prélèvement SEPA

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM - PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Adresse :

Code postal :

Page 10

Ville :

Pays :

--

COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

IBAN

[illegible]

Domiciliation de la Banque :

--

BIC

[illegible]

Paiement :

x

Récurrent/Répétitif

7

Ponctuel

Code international d'identification de votre banque (Bank Account Number)

À :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

Signature :

Veuillez compléter tous les champs du mandat.