#### Liste des pièces à fournir par la famille

### Pour l'inscription aux services périscolaires de la commune de Porte-de-Savoie Année scolaire 2024 / 2025

| Pour une re-inscription (l'enfant était déjà inscrit aux services périscolaires pour l'année    |
|---|
| scolaire 2023/2024):  |
| ☐ Les documents envoyés par mail (fiche enfant, autorisations parentales, fiche sanitaire) dûme |

complétés et signés + la photocopie des pages du carnet de santé (dates de vaccinations)

☐ L'attestation d'assurance responsabilité civile (ou la copie du contrat d'assurance)

☐ La fiche d'inscription pour l'année scolaire (tableau des inscriptions annuelles ci-joint)

<u>Pour une nouvelle inscription</u> (l'enfant n'était pas inscrit aux services périscolaires pour l'année scolaire 2023/2024) :

☐ La fiche de renseignement enfant + les autorisations parentales

☐ La fiche sanitaire dûment complétée et signée + <u>la photocopie des pages du carnet de santé</u> <u>concernant les dates de vaccinations</u>

- ☐ L'attestation d'assurance responsabilité civile (ou la copie du contrat d'assurance)
- ☐ La fiche d'inscription pour l'année scolaire (tableau des inscriptions annuelles)
- ☐ L'autorisation de prélèvement (Commune de Porte-de-Savoie) + 1 R.I.B.
- □ Un document de la C.A.F. ou de la M.S.A. sur lequel apparaît le numéro d'allocataire. (*Pour information, le QF utilisé (par le Pôle Enfance / Education / Culture) sera celui au 1<sup>er</sup> janvier 2024).*

<u>L'inscription est effective lorsque le dossier est complet</u> : bulletin d'inscription renseigné, pièces à fournir jointes, impayés soldés

Dossier <u>à déposer</u> au bureau du Pôle Enfance / Education / Culture ou à la mairie déléguée de Francin

(Les dossiers déposés dans la boîte aux lettres ne seront pas traités)

\* Du 1er juin au 12 juillet 2024 :

Au bureau du Pôle Enfance / Education / Culture :

Mardi et mercredi de 13h30 à 17h30 Jeudi de 13h30 à 16h30

+ les lundis 17 juin et 24 juin de 13h30 à 19h30

A la mairie déléguée de Francin:

Mardi : 13h30 à 17h00 Vendredi : 13h30 à 18h00

\* A partir du 1<sup>er</sup> septembre, aux horaires d'ouverture du bureau du Pôle Enfance / Education / Culture (<u>uniquement pour les familles qui n'ont pas besoin des services périscolaires la 1<sup>ère</sup> semaine de la rentrée)</u>



Rentrée scolaire 2024 – 2025

Pôle Enfance - Education - Culture

94 Place de la mairie – Les Marches - **73800 PORTE-DE-SAVOIE**Tél. : **04.79.28.17.04** 

periscolaire@porte-de-savoie.fr

# Informations concernant les prestations périscolaires

**<u>Restaurant scolaire</u>**: fonctionne les lundis, mardis, jeudis et vendredis. (Cf le règlement pour les modalités d'inscription et d'annulation).

<u>Accueil du matin</u>: fonctionne les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 8h20. Lieu : espace Bellegarde (Les Marches) et salle d'accueil périscolaire (Francin).

**<u>Etude dirigée</u>**: fonctionne les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16h45 à 17h45. Pour les enfants à partir du CE1. Groupe de 8 enfants maximum.

Lieu : école élémentaire Crincaillé et école primaire de Francin. <u>Inscription au trimestre.</u>

<u>Accueil du soir</u>: de 16h30 à 18h30, les lundis, mardis, jeudis et vendredis. Lieux : école élémentaire Crincaillé (du CE1 au CM2); espace Bellegarde (maternels + CP) et salle d'accueil périscolaire (Francin).

### **IMPORTANT**

Ouverture de l'accès au portail familles : le mercredi 21 août.

Jusqu'au jeudi 29 août, 10 heures : possibilité de modifier les réservations de votre (vos) enfant(s), aux services périscolaires, sur le portail familles, pour la semaine de la rentrée.



La réunion d'information « Mini-Schools, l'anglais en s'amusant » aura lieu le mardi 03 septembre à 18h00 à la salle Saint Maurice

La déléguée départementale de cette association vous présentera les différentes méthodes. Partons à la découverte de la langue anglaise au travers de jeux, de comptines, de sketchs, ...

#### FICHE D'INSCRIPTION

Si votre enfant est amené à fréquenter les services de manière régulière, merci de cocher les cases correspondant à vos besoins.

| Ecole :                                     |       | Classe :     |       |          |
|---|-------|--------------|-------|----------|
|   | Lundi | Mardi        | Jeudi | Vendredi |
| Accueil du matin                            |       |              |       |          |
| Restaurant scolaire                         |       |              |       |          |
| Accueil du soir                             |       |              |       |          |
| (16h30/18h30)                               |       |              |       |          |
| Etude dirigée                               |       |              |       |          |
| (16h45 / 17h45)                             |       |              |       |          |
| Nom du 2 <sup>ème</sup> enfant :<br>Ecole : |       | <br>Classe : |       |          |
|   | Lundi | Mardi        | Jeudi | Vendredi |
| Accueil du matin                            |       |              |       |          |
| Restaurant scolaire                         |       |              |       |          |
| Accueil du soir                             |       |              |       |          |
| (16h30/18h30)                               |       |              |       |          |
| Etude dirigée                               |       |              |       |          |
| (16h45 / 17h45)                             |       |              |       |          |
| Nom du 3 <sup>ème</sup> enfant :            |       |              |       |          |
| Ecole:                                      |       | Classe :     |       |          |
|   | Lundi | Mardi        | Jeudi | Vendredi |
| Accueil du matin                            |       |              |       |          |
| Restaurant scolaire                         |       |              |       |          |
| Accueil du soir                             |       |              |       |          |
| (16h30/18h30)                               |       |              |       |          |
| Etude dirigée                               |       |              |       |          |
| (16h45 / 17h45)                             |       |              |       |          |

# Année scolaire 2024 - 2025



| Nom et prénom de l'enfant : | Photo            |
|-----------------------------|------------------|
|                             | d'identité<br>de |
| <u>Né(e) le</u> :           | l'enfant         |
|                             |                  |
| Repas spéciaux :            |                  |
| Sans viande □               |                  |
| Panier repas (Pa            | AI)* □           |
| Ecole :                     |                  |
|                             | •••••            |
| Classe:                     |                  |
|                             | •••••            |
| Nom de l'enseignant :       |                  |
|                             |                  |

## Partie à ne remplir qu'une fois, même si vous avez plusieurs enfants

|  | Situation familiale actuelle              |
|--|---|
| Nom et prénom du ou des représentants légal (aux) :  Adresse :   | Vous êtes    Marié(e)                     |
|  | Etat civil et profession                  |
| E-mail (votre identifiant pour le portail famille):  | Père :                                    |
|  | Profession et employeur :                 |
|  |   |
| N° de téléphone domicile :  Régime général / M.S.A   | Travail père :                            |
| Nom de l'allocataire :  N° allocataire CAF :  N° allocataire MSA :  (pour les personnes non-allocataires, fournir l'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022) | Mère :                                    |
| Quotient familial (janvier 2024) (donnée collectée sur CDAP de la CAF, renseignement porté par le Pôle Enfance / Education / Culture) :                          |   |
| Assurance :  Compagnie d'assurance :  N° de sécurité sociale   | Numéro de contrat (joindre attestation) : |
| * Les paniers repas ne sont autorisés que pour les enfants soumi   | s à un PAI (valable un an, à renouveler)  |

## **AUTORISATIONS PARENTALES**

| Je souss<br>respons | signé (e) :able de l'enfant (nom et prénom) :   |
|---------------------|---|
| ≯ a                 | Autorise M / Me       N° de téléphone  |
| à                   | à venir chercher mon enfant aux services périscolaires de la commune de Porte-de-Savoie.  |
| a<br>1              | autorise le Pôle Enfance / Education / Culture à saisir mes données personnelles (nom, prénom, adresse, mail, régime allocataire, nombre d'enfants, situation familiale, quotient familial,) dans le ogiciel d'inscriptions « Noé » (inscriptions aux différents services périscolaires via la plateforme portail familles »)  □ oui                            |
|                     | □ non   |
|                     | autorise le Pôle Enfance / Education / Culture à saisir les données de santé ou médicales de mon<br>enfant (allergies, difficultés de santé,) dans le logiciel d'inscriptions « Noé »<br>— oui  |
|                     | □ non   |
| > a                 | autorise le Pôle Enfance / Education / Culture à consulter mes ressources sur CDAP (C.A.F. 73)  |
|                     | □ non   |
| c<br>c              | autorise la responsable du Pôle Enfance / Education / Culture à prendre, en cas d'urgence, toute lécision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé le mon enfant. Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité soit de me joindre, soit de joindre mon conjoint : (cocher la case correspondante)  □ oui |
|                     | □ non   |
| 1                   | autorise la commune de Porte-de-Savoie à utiliser toute photo présentant de façon isolée ou collective<br>'enfant désigné pour des actions menées dans le cadre des activités périscolaires. (cocher la case correspondante)  □ oui   |
|                     | □ non   |
|                     | autorise mon enfant (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires) à quitter seul(e) les ocaux dans lesquels ont lieu les services périscolaires : (cocher la case correspondante)  □ oui  |
| Fait à              | non le:/  |
|                     | Signature :  (Foire précéder le signature de la montion « lu et approuvé »)   |

(Faire preceder la signature de la mention « lu et approuve »)

N.B. Pour les familles divorcées dont l'un des parents n'a pas le droit de venir chercher l'enfant, merci de nous fournir, au moment de l'inscription, une copie du jugement de divorce.

Conformément à la règlementation applicable en matière de données à caractère personnel (Le Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données, que vous pouvez exercer par mail, courrier ou en vous présentant au Pôle Enfance / Education (commune de Porte-de-Savoie), en précisant vos nom, prénom, adresse et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité.



## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



| FI | CH | 1E | S  | Al | VI | TA |   | R | E |
|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|
|    | D  | E  | LI | ΑI | S  | 10 | V |   |   |

| 1 - ENFANT      |         |  |
|-----------------|---------|--|
| NOM :           |         |  |
| PRÉNOM :        |         |  |
|                 |         |  |
| DATE DE NAISSAN | CE :    |  |
| GARÇON 📮        | FILLE 📮 |  |

DATES ET LIEU DU SÉJOUR:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

| VACCINS<br>OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES<br>DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|-------------------------|-----|-----|-------------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie               |     |     |                               | Hépatite B                 |       |
| Tétanos                 |     |     |                               | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite            |     |     |                               | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio             |     |     |                               | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq      |     |     |                               |                            |       |
| BCG                     |     |     |                               |                            |       |

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 | DEJA EU LES MALADI | es suivantes ?                 |            |  |
| RUBÉOLE  | VARICELLE       | ANGINE             | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |  |
| OUI NON  | OUI NON         | OUI NON            | OUI NON                        | OUI NON    |  |
| COQUELUCHE   | OTITE           | ROUGEOLE           | OREILLONS                      |            |  |
| OUI NON  | OUI NON         | OUI NON            | OUI NON                        |            |  |
| ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non AUTRES                               |                 |                    |                                |            |  |
| PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) |                 |                    |                                |            |  |
|  |                 |                    |                                |            |  |
|  |                 |                    |                                |            |  |
|  |                 |                    |                                |            |  |
|  | •••••           | •••••              | •••••                          | •••••      |  |

|                    | S DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,   |
|--------------------|--|
| rééducation)       | EN PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE</b> .   |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |
| •••••              |  |
|                    |  |
|                    | ANDATIONS UTILES DES PARENTS   |
|                    | PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC  |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |
| 5 - <b>RESPONS</b> | ABLE DE L'ENFANT   |
| NOM                | PRÉNOM   |
| Adresse (pend      | DANT LE SÉJOUR)  |
|                    |  |
|                    | DRTABLE), DOMICILE :   |
| NOM ET TEL. D      | U MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)  |
| exacts les rens    | seignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, s<br>(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de |
| Date :             | Signature :  |
|                    | A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  |
|                    | COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES   |
|                    |  |
|                    |  |
| OBSERVATION        | NS   |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |
|                    |  |



## Autorisation de prélèvement

Pour paiement récurrent/répétitif

Mandat de prélèvement SEPA

Identifiant créancier SEPA (ICS): FR14MAI52646809

En signant ce formulaire, vous autorisez :

- le Service de Gestion Comptable de Chambéry à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Service des Gestion Comptable de Chambéry.

En cas de litige sur un prélèvement, vous pourrez faire suspendre son exécution par simple demande à l'établissement bancaire et régler le différend directement avec le créancier.

| NOM du débiteur :      |                               |
|------------------------|-------------------------------|
|                        |                               |
|                        | TD ANCE                       |
|                        | FRANCE                        |
| Coordonnées IBAN de vo | tre compte :                  |
|                        |                               |
|                        | Signé à Porte-de-Savo<br>Le20 |
|                        | LC20                          |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
| Nom du créancier       | SERVICE DE GESTION COMPTABLE  |
| Adresse                | 5 rue Girard-Madoux           |
|                        | BP 1054                       |
|                        | 73011 CHAMBERY Cédex          |
|                        | FRANCE                        |
|                        | Signé à Chambé                |
|                        | Le20                          |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |
|                        |                               |