



DOSSIER D'INSCRIPTION AUX PRESTATIONS PERISCOLAIRES MUNICIPALES ANNEE SCOLAIRE 2024 – 2025

Dossier à compléter et à retourner au plus tard le 30/06/2024

- par courrier : Mairie d'UCHAUX : Place de la Mairie 84100 UCHAUX
- par courriel : accueil@uchaux.fr
- ou directement en Mairie

Merci de remplir un dossier par enfant.

Si les prestations sont réglées par deux payeurs, le deuxième payeur devra compléter un autre dossier
Chaque dossier doit être constitué :

- du dossier d'inscription
- des pièces justificatives demandées p.2

TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT (fiche sanitaire à compléter en fin de dossier)

Nom et prénom :	Né(e) le :
Etablissement scolaire :	maternelle <input type="checkbox"/> élémentaire <input type="checkbox"/>

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non

Renseignements médicaux et familiaux

Nom du médecin traitant :	Tel :
Observations éventuelles (allergies, asthme, régime alimentaire, autres), si l'enfant suit un traitement, préciser lequel :	
.....	
.....	
.....	
Attention : Tout régime alimentaire ou allergie alimentaire doit être constaté par certificat médical et obligatoirement signalé à la Direction de l'établissement scolaire de l'enfant. Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit être alors établi entre la famille, la direction de l'établissement et le médecin scolaire. L'inscription au restaurant scolaire ne pourra se faire qu'après communication de ce document.	

OBLIGATOIRE : N° sous lequel l'enfant est rattaché
Sécurité sociale :
ou MSA :

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

L'enfant fait l'objet d'un PAI alimentaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'enfant fait l'objet d'un PAI médicamenteux :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Assurance en responsabilité civile

Compagnie d'assurance :	N° de contrat :
-------------------------	-----------------

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU FOYER

Responsable		
Nom et prénom :	Tel domicile :	
Domicilié (e) :	Tel portable :	
Courriel * :	Tel travail :	
Lien avec l'enfant :	Situation de famille :	
N° d'Allocataire CAF (ou autre) OBLIGATOIRE :		
Conjoint du responsable		
Nom et prénom :	Tel domicile :	
Domicilié (e) :	Tel portable :	
Courriel * :	Tel travail :	
Lien avec l'enfant :	Situation de famille :	
Autre personne à prévenir en cas d'urgence		
1^{er} contact	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :
2^{ème} contact	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :

*** OBLIGATOIRE**

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Le présent dossier doit impérativement être accompagné des pièces suivantes :

- **Dans toutes les situations :**
 - ✓ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année scolaire 2024-2025.
 - ✓ Justificatif de domicile de moins de trois mois.

- **Pour un changement de composition du foyer :**
 - ✓ photocopie du livret de famille.

- **Si l'enfant bénéficie d'un PAI alimentaire ou médicamenteux :**
 - ✓ le projet d'Accueil individualisé dûment complété et signé.

INSCRIPTIONS AUX PRESTATIONS PERISCOLAIRES

Veillez cocher les cases correspondantes aux présences de votre enfant :

POUR LES LUNDI, MARDI, JEUDI ET VENDREDI			
	Accueil du matin (payant)	Restauration (payant)	Accueil du soir (payant)
Horaires	7h15-8h20	11h45-13h45	16h30-18h30
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			
Occasionnellement*			

* Si votre situation ne vous permet pas d'établir à l'année les jours de présence de votre enfant ou si votre besoin est ponctuel, veuillez cocher la case « occasionnellement ».

Tarifs des prestations

Merci de vous reporter à la fiche « tarif » jointe à ce dossier

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) :	
Représentant légal de l'enfant :	

Personnes autorisées à récupérer mon enfant

AUTORISE les personnes suivantes à venir chercher l'enfant à la sortie des accueils périscolaires :		
1 ^{ère} personne	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :
2 ^{ème} personne	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :
3 ^{ème} personne	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :
4 ^{ème} personne	Nom et prénom :	Tel domicile :
	Lien avec l'enfant :	Tel portable :

Autorisation de publication de l'image de mon enfant

AUTORISE l'utilisation éventuelles d'images (photographies, vidéos, etc.) représentant mon enfant pour illustrer des publications municipales ou des reportages de la presse écrite ou audiovisuelle :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autorisation de soins d'urgence

AUTORISE à faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d'urgence selon les prescriptions du médecin :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ET M'ENGAGE

A signaler tout changement de situation familiale, de domicile ou de numéro de téléphone

Fait à :	Le :	Signature :

Le dossier d'inscription fera l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant sur simple demande adressée à la Mairie d'Uchaux.

TARIFS DES PRESTATIONS PERISCOLAIRES MUNICIPALES ANNEE SCOLAIRE 2024 – 2025

Commande et paiement en ligne des différents services par le portail familles.

Connectez-vous au site : <https://uchaux.argfamille.fr>

Accédez avec votre identifiant et mot de passe et laissez-vous guider.

Attention :

Il est impératif de réserver les différents services à l'avance.

La clôture des réservations est de 12 heures avant l'heure de début des services.

Les annulations possibles sans pénalité financière devront être effectuées 4 heures avant l'heure de début des services.



Pour l'absence de réservation, des pénalités forfaitaires sont mises en place.

LUNDI, MARDI, JEUDI ET VENDREDI			
Libellé	Horaires	Tarif actuel	Tarif avec pénalités
Accueil du matin	7h15 - 8h20	1.00€	2.00€
Accueil du midi (repas)	11h45 – 13h45	3.20€	5.20€
Accueil du soir	16h30 - 18h30	2.60€	4.60€

LUNDI, MARDI ET JEUDI			
Libellé	Horaires	Tarif actuel	Tarif avec pénalités
Etude surveillée	17h00 - 18h00	2.60€	4.60€

Pour une absence injustifiée, aucun report de crédit ou remboursement ne sera effectué.

En cas de maladie sur présentation d'un certificat médical ou dans un cas de force majeure sur présentation d'un justificatif, le report de crédit sera appliqué.

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

<h3 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h3>	<p>ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> POIDS : _____</p> <p>RESPONSABLE LEGAL NOM : _____ PRENOM : _____</p>
--	---

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Rubéole-Oreillons	
Polio				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

.....

- DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE

.....

- NOM ET TELEPHONE DU MEDICIN TRAITANT DE L'ENFANT

.....

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5 ° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Date :

Signature :