

**SERVICE INSCRIPTIONS**

Inscriptions Accueils de Loisirs

21 Place de l'hôtel de ville - 70150 MARNAY Tél : 03.84.31.20.00

Courriel : inscriptions@valmarnaysien.com



**DOSSIER FAMILLE ACCUEILS DE LOISIRS**

**A remettre EXCLUSIVEMENT AU Service Inscriptions**

**Accueil de Loisirs :** RECOLOGNE MARNAY SORNAY PIN EMAGNY  
MONTAGNEY CHAMBORNAY LES PIN CORCELLES FERRIERES  
LANTENNE VERTIERE CLUB ADOS (à partir du collège)

**Responsables Légaux**

Responsable légal 1 :

Mme M. Nom : .....

Nom de jeune fille : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Commune : .....

Tél domicile : .....Tél portable : .....

Email (pour vos identifiants sur le portail famille et vos communications) :  
.....

Profession : .....Tél travail : .....

Responsable légal 2 :

Mme M. Nom : .....

Nom de jeune fille : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Commune : .....

Tél domicile : .....Tél portable : .....

Email (pour vos identifiants sur le portail famille et vos communications) :  
.....

Profession : .....Tél travail : .....

## Situation de la famille

Situation des parents : Mariés    Célibataires    Divorcés    Pacsés  
Veuf/Veuve    Union maritale    Séparés

Nombre d'enfants : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

## Régime allocataire

Régime : CAF du Doubs    CAF de la Haute Saône    Autre CAF  
MSA    Autre Régime

N° allocataire complet : ..... Nom Prénom allocataire : .....

**J'autorise la CCVM à accéder à mon Quotient Familial sur « Consultation des Données de l'Allocataire par le Partenaire » (CDAP)**

### ATTENTION

- En cas de non autorisation, la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée
- Le Quotient Familial relevé sur CDAP ne sera actualisé qu'1 fois par année scolaire (en janvier)
- Il est de votre responsabilité de vérifier la mise à jour de votre Quotient Familial par la CAF.
- Pour la MSA ou autre régime : fournir une attestation d'affiliation au régime et vos derniers avis d'imposition (enregistré en septembre et valable pour l'année scolaire complète) ou la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée.

Si votre situation familiale évolue en cours d'année scolaire, veuillez le signaler par courriel auprès du service inscriptions. Nous étudierons la possibilité d'un changement de tarification.

## Paiement des factures

La facture établie au mois échue, est à régler dans les délais précisés sur la facture au SGC de Gray :

- Par chèque à l'ordre du Trésor Public de Gray
- Par chèques Vacances ou CESU (papiers et dématérialisés) directement au SGC de Gray
- En espèce directement au SGC de Gray
- Par internet (PayFip)
- Par prélèvement automatique : **transmettre un RIB au Service Inscriptions**

**NOM-PRENOM du redevable (à qui sera envoyée la facture)** : .....

En cas de garde alternée, il est possible d'effectuer des factures séparées en remplissant 1 dossier par parent

# Enfant 1

Nom : ..... Prénom : .....

Garçon    Fille    Né(é) le : ..... à (ville) : .....

Département et pays de naissance : .....

Adresse du domicile (si différente des représentants légaux) : .....

Scolarité :

Ecole fréquentée : ..... Classe fréquentée : .....

Suivi MDPH :    OUI            NON            Menu souhaité :    standard            sans viande

## Renseignements Médicaux

Médecin traitant : Nom Prénom : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? :    OUI            NON

Si OUI joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MEDICAMENT NE SERA DELIVRE SANS ORDONNANCE**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE

Allergies :    Alimentaire : .....

(Aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)

Médicamenteuse : .....

Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé  
**(JOINDRE LE PAI)**

Vaccinations : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS (mentionnant les nom et prénoms)

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** (n'hésitez pas à vous rapprocher des responsables des structures pour tout cas méritant une attention particulière) :

.....  
.....

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, autres... ?

.....

## Enfant 2

Nom : ..... Prénom : .....

Garçon    Fille    Né(é) le : ..... à (ville) : .....

Département et pays de naissance : .....

Adresse du domicile (si différente des représentants légaux) : .....

Scolarité :

Ecole fréquentée : ..... Classe fréquentée : .....

Suivi MDPH :    OUI    NON                      Menu souhaité :    standard    sans viande

## Renseignements Médicaux

Médecin traitant : Nom Prénom : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? :            OUI            NON

Si OUI joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MEDICAMENT NE SERA DELIVRE SANS ORDONNANCE**

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

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b>	
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	<b>SCARLATINE</b>

Allergies :            Alimentaire : .....

(Aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)

   Médicamenteuse : .....

   Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé  
**(JOINDRE LE PAI)**

Vaccinations : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS (mentionnant les nom et prénoms)

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** (n'hésitez pas à vous rapprocher des responsables des structures pour tout cas méritant une attention particulière) :

.....  
.....

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, autres... ?

.....

## Enfant 3

Nom : ..... Prénom : .....

Garçon      Fille      Né(é) le : ..... à (ville) : .....

Département et pays de naissance : .....

Adresse du domicile (si différente des représentants légaux) : .....

Scolarité :

Ecole fréquentée : ..... Classe fréquentée : .....

Suivi MDPH :      OUI                  NON                  Menu souhaité :      standard                  sans viande

## Renseignements Médicaux

Médecin traitant : Nom Prénom : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? :      OUI                  NON

Si OUI joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MEDICAMENT NE SERA DELIVRE SANS ORDONNANCE**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE

Allergies :      Alimentaire : .....

(Aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)

Médicamenteuse : .....

Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé  
**(JOINDRE LE PAI)**

Vaccinations : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS (mentionnant les nom et prénoms)

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** (n'hésitez pas à vous rapprocher des responsables des structures pour tout cas méritant une attention particulière) :

.....

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, autres... ?

.....

# AUTORISATIONS

## Autres Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à venir récupérer l'enfant

1. Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

Autorisé à prendre l'enfant      A appeler en cas d'urgence

2. Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

Autorisé à prendre l'enfant      A appeler en cas d'urgence

3. Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

Autorisé à prendre l'enfant      A appeler en cas d'urgence

4. Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

Autorisé à prendre l'enfant      A appeler en cas d'urgence

5. Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

Autorisé à prendre l'enfant      A appeler en cas d'urgence

## Départ de l'enfant de l'accueil de Loisirs (les enfants de + 6 ans peuvent être autorisés à rentrer seuls) :

NOM - Prénom des enfants <b>AUTORISES</b> à rentrer seuls	NOM - Prénom des enfants <b>NON-AUTORISES</b> à rentrer seuls

## REGLEMENT INTERIEUR DU SERVICE ENFANCE DE LA CCVM

Nous acceptons de recevoir les informations du Service Inscriptions et de l'Accueil de loisirs par mail

Nous autorisons les responsables des Accueils de Loisirs de la CCVM à présenter notre(nos) enfant(s) à un médecin en cas d'urgence.

Nous autorisons gracieusement la publication d'image de notre(nos) enfant(s) sur les supports de communication de la CCVM.

Nous certifions l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription et nous garantissons mettre à jour nos données personnelles famille et enfant sur le portail famille. En remplissant ce formulaire, nous acceptons que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du service périscolaire extrascolaire de la CCVM (RGPD).

**Toute inscription aux activités et/ou temps d'accueil nécessitant un transport par véhicule de la CCVM ou transport collectif vaut autorisation de l'enfant.**

**Toute inscription vaut prise de connaissance et acceptation du règlement intérieur (du Service Inscriptions) de la CCVM (disponible sur le portail famille et le site internet de la CCVM).**

**Signatures : Précédées de la mention « Lu et approuvé »**

## Pièces à joindre obligatoirement

Dossier famille complété et signé

Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé mentionnant le nom de l'enfant

Attestation d'assurance scolaire, Responsabilité civile et individuelle accident au nom de l'enfant (peut être fournie à la rentrée scolaire)

**IMPORTANT : L'accès au portail familles sera possible uniquement après enregistrement du retour de ce document et des pièces obligatoires.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS EN COMPTE**