



# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 1/4

## LA FAMILLE

### RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél domicile : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../..... E-mail : ..... Profession : ..... Nom de l'employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... ..... Tel travail : ...../...../...../...../..... N° de sécurité sociale : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél domicile : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../..... E-mail : ..... Profession : ..... Nom de l'employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... ..... Tel travail : ...../...../...../...../..... N° de sécurité sociale : .....

### LES ENFANTS

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

### SITUATION FAMILIALE

Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Vie maritale/ Concubinage  Parent seul

Si séparés ou divorcés, personne ayant la charge des enfants :

Mère  Père  Garde alternée (*joindre obligatoirement une copie de l'acte de divorce, ou à défaut un courrier signé des deux parents stipulant l'alternance mise en place*)

Autre tiers : .....

Famille d'accueil

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 2/4 COMPLEMENTS

### CAISSE DE REGIME OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE LEGAL

*Il est indispensable de nous communiquer votre numéro d'allocataire, merci de joindre le justificatif*

- CAF      N° d'allocataire : ..... Coefficient : .....
- MSA      N° d'allocataire : ..... Coefficient : .....
- Autre (précisez) : .....

### FACTURATION

Adresse de facturation : Mère       Père       Famille d'accueil

Mode de paiement choisi :

- Auprès de la régie communautaire
- En espèces, chèques (à l'ordre de « Régie EJR » en précisant le nom de l'enfant au dos)
  - Par CESU / Chèques vacances (hors restauration scolaire)
  - Par CB via le portail famille sur internet
- Par prélèvement automatique
- Prise en charge par un organisme : .....

Envoi des factures à l'adresse mail du responsable (Merci d'écrire lisiblement):

.....@.....

RF  
PREFECTURE DE PERPIGNAN

Contrôle de légalité  
Date de réception de l'AR: 19/07/2021  
066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE



L'ENFANT

MATERNELLE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

Lieu De vie

Parental  Maternel  Paternel  Tuteur/Tutrice  Ass. Familiale  MECS  Autres

Si adresse de vie différente du tuteur : .....

Année scolaire	Ecole	Niveau	Renouvellement	
			Date	Signature

L'actualisation de la signature reconduit l'inscription à la structure et les autorisations, mais pas l'inscription aux activités

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des responsables légaux)

Attention : Lors de la récupération de l'enfant, les personnes majeures désignées devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Pour les personnes mineures se référer au règlement intérieur « Autorisation de sortie et responsabilités », et fournir une décharge de responsabilité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES

(Rayer la mention inutile)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la structure.
- J'autorise / je n'autorise pas la collectivité à consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification (si non, fournir une attestation de QF) ;
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H. et m'engage à le respecter.

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



MATERNELLE

SUIVI SANITAIRE

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Scolarisation :**

Ecole maternelle  Institution (IME, ITEP ...)  A domicile Classe : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (PPS)

Le PPS propose des dispositifs tels que AVS/AESH, ULIS, Matériel adapté...

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? (CMP, CMPP, CAMPS, Hôpital de jour, PMI...)

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ?**

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?**

Oui\*  Non

**Votre enfant est-il sujet à une allergie ?**

- Alimentaire : oui\*  non  Si oui précisez : .....
- Médicamenteuse : oui\*  non  Si oui précisez : .....
- Autre\* : .....

**\* Si vous avez coché une de ces cases, merci de vous rapprocher du médecin scolaire pour la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).**

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

**Toutes remarques complémentaires concernant l'enfant :** Précisez tout renseignement utile à l'accueil de votre enfant (port de lunettes, de prothèses dentaires, besoins particuliers...), mais également les difficultés de santé rencontrées (autres maladies\*, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

**Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence :** (autre que le responsable légal)

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

**Médecin traitant :**

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

AUTORISATIONS SANITAIRES

**Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche (recto-verso) et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, choix du médecin, etc...).**

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



L'ENFANT

PRIMAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

Lieu De vie

Parental  Maternel  Paternel  Tuteur/Tutrice  Ass. Familiale  MECS  Autres

Si adresse de vie différente du tuteur : .....  
.....

Année scolaire	Ecole	Niveau	Renouvellement	
			Date	Signature

L'actualisation de la signature reconduit l'inscription à la structure et les autorisations, mais pas l'inscription aux activités

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des responsables légaux)

Attention : Lors de la récupération de l'enfant, les personnes majeures désignées devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Pour les personnes mineures se référer au règlement intérieur « Autorisation de sortie et responsabilités », et fournir une décharge de responsabilité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES

(Rayer la mention inutile)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la structure.
- J'autorise / je n'autorise pas la collectivité à consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification (si non, fournir une attestation de QF).
- J'autorise / je n'autorise pas mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul à .....h..... .
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H. et m'engage à le respecter.

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## SUIVI DE L'ENFANT

PRIMAIRE

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Scolarisation :**

Ecole primaire  Institution (IME, ITEP ...)  A domicile Classe : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (PPS)

Le PPS propose des dispositifs tels que AVS/AESH, ULIS, Matériel adapté...

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? (CMP, CMPP, CAMPS, Hôpital de jour, PMI...)

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ?**

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?**

Oui\*  Non

**Votre enfant est-il sujet à une allergie ?**

- Alimentaire : oui\*  non  Si oui précisez : .....

- Médicamenteuse : oui\*  non  Si oui précisez : .....

- Autre\* : .....

**\* Si vous avez coché une de ces cases, merci de vous rapprocher du médecin scolaire pour la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).**

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

**Toutes remarques complémentaires concernant l'enfant :** Précisez tout renseignement utile à l'accueil de votre enfant (port de lunettes, de prothèses dentaires, besoins particuliers...), mais également les difficultés de santé rencontrées (autres maladies\*, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

**Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence :** (autre que le responsable légal)

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

**Médecin traitant :**

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

### AUTORISATIONS SANITAIRES

**Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche (recto-verso) et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, choix du médecin, etc...).**

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## L'ENFANT

# JEUNESSE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

### Lieu De vie

Parental  Maternel  Paternel  Tuteur/Tutrice  Ass. Familiale  MECS  Autres

Si adresse de vie différente du tuteur : .....  
.....

Année scolaire	Ecole	Niveau	Renouvellement	
			Date	Signature

L'actualisation de la signature reconduit l'inscription à la structure et les autorisations, mais pas l'inscription aux activités

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des responsables légaux)

Attention : Lors de la récupération de l'enfant, les personnes majeures désignées devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Pour les personnes mineures se référer au règlement intérieur « Autorisation de sortie et responsabilités », et fournir une décharge de responsabilité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES

(Rayer la mention inutile)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la structure.
- J'autorise / je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul. Si oui, préciser :  
**A la fermeture de l'accueil / à la fin des activités / à .....h..... / Il est libre d'aller et venue.**
- J'autorise / je n'autorise pas la collectivité à consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification (si non, fournir une attestation de QF) ;
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H. et m'engage à le respecter.

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



SUIVI DE L'ENFANT

JEUNESSE

Nom : ..... Prénom : .....
Né(e) le : ...../...../..... Fille [ ] Garçon [ ]

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Scolarisation :

[ ] Collège/ Lycée [ ] Institution (IME, ITEP ...) [ ] A domicile [ ] Non scolarisé Classe : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (PPS)
Le PPS propose des dispositifs tels que AVS/AESH, ULIS, Matériel adapté...

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne souhaite pas répondre

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? (CMP, CMPP, CAMPS, Hôpital de jour, PMI...)

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne souhaite pas répondre

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ?

[ ] Oui [ ] Non [ ] Ne souhaite pas répondre

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?

[ ] Oui\* [ ] Non

Votre enfant est-il sujet à une allergie ?

- Alimentaire : oui\* [ ] non [ ] Si oui précisez : .....
- Médicamenteuse : oui\* [ ] non [ ] Si oui précisez : .....
- Autre\* : .....

\* Si vous avez coché une de ces cases, merci de vous rapprocher du médecin scolaire pour la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui [ ] non [ ] Coqueluche oui [ ] non [ ]
Varicelle oui [ ] non [ ] Otite oui [ ] non [ ]
Angine oui [ ] non [ ] Rougeole oui [ ] non [ ]
Scarlatine oui [ ] non [ ] Oreillons oui [ ] non [ ]
Rhumatisme articulaire aigu oui [ ] non [ ]

Toutes remarques complémentaires concernant l'enfant : Précisez tout renseignement utile à l'accueil de votre enfant (port de lunette, de prothèses dentaires, besoins particuliers...), mais également les difficultés de santé rencontrées (autres maladies\*, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence : (autre que le responsable légal)

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

Médecin traitant :

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

AUTORISATIONS SANITAIRES

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche (recto-verso) et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, choix du médecin, etc...).

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

RF
PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité
Date de réception de l'AR: 19/07/2021
066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE



# ANNEXE 1

## PIECES A FOURNIR (rentrée 2021-2022)

➤ Pour un nouveau dossier :

Pièces obligatoires	Pièces à fournir selon la situation
Les feuillets 1, 2, 3 et 4 du dossier de renseignements.	La copie du PAI pour toute pathologie ou allergie alimentaire
Le carnet de santé (l'original doit être présenté) ou document justifiant les vaccins à jours.	L'autorisation de prélèvement SEPA si vous avez opté pour le prélèvement automatique
L'attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant pour les activités périscolaires et extra scolaires pour l'année scolaire concernée	La fiche de réservation aux activités (fiche de réservation mensuelle ou annuelle)
N° allocataire et attestation de quotient familial CAF ou MSA, ou la copie de la dernière feuille d'imposition du responsable légal.	La fiche de désinscription en cas de modifications des réservations
Un Relevé d'Identité Bancaire avec le n° IBAN.	En cas de divorce ou de séparation, le rapport du juge spécifiant les modalités de garde, ou à défaut un courrier signé des deux parents indiquant les modalités familiales de garde mises en place
Un justificatif de domicile de moins de 6 mois.	
Le formulaire d'accord d'utilisation des données personnelles.	En cas de délégation de l'autorité de l'enfant à un tuteur ou une tutrice, le jugement ou une attestation de placement de l'enfant par l'inspecteur de l'aide sociale à l'enfance.
Le document d'autorisation du droit à l'image.	

**En cas de modification durant l'année d'inscription, merci également de fournir tout document nommé ci-dessus attestant de la nouvelle situation.**

**Le service pourra également vous demander d'autres documents en fonction des besoins particuliers de votre enfant.**

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



# ANNEXE 1

## PIECES A FOURNIR

### ➤ Pour un nouveau dossier :

Pièces obligatoires	Pièces à fournir selon la situation
<p>Les feuillets 1, 2, 3 et 4 du dossier de renseignements.</p> <p>Le carnet de santé (l'original doit être présenté) ou document justifiant les vaccins à jours.</p> <p>L'attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant pour les activités périscolaires et extra scolaires pour l'année scolaire concernée.</p> <p>N° allocataire et attestation de quotient familial CAF ou MSA, ou la copie de la dernière feuille d'imposition du responsable légal.</p> <p>Un Relevé d'Identité Bancaire avec le n° IBAN.</p> <p>Un justificatif de domicile de moins de 6 mois.</p>	<p>La copie du PAI pour toute pathologie ou allergie alimentaire.</p> <p>L'autorisation de prélèvement SEPA si vous avez opté pour le prélèvement automatique.</p> <p>La fiche de réservation aux activités (fiche de réservation mensuelle ou annuelle).</p> <p>La fiche de désinscription en cas de modifications des réservations.</p> <p>En cas de divorce ou de séparation, le rapport du juge spécifiant les modalités de garde, ou à défaut, un courrier signé des deux parents indiquant les modalités familiales de garde mises en place.</p>
<p>Le formulaire d'accord d'utilisation des données personnelles.</p> <p>Le formulaire d'autorisation du droit à l'image.</p>	<p>En cas de délégation de l'autorité de l'enfant à un tuteur ou une tutrice, le jugement ou une attestation de placement de l'enfant par l'inspecteur de l'aide sociale à l'enfance.</p>

*En cas de modification durant l'année d'inscription, merci également de fournir tout document nommé ci-dessus attestant de la nouvelle situation. Le service pourra également vous demander d'autres documents en fonction des besoins particuliers de votre enfant.*

### ➤ Pour un renouvellement :

- ✓ Tout document de la liste ci-dessus ayant subi un changement depuis l'année passée
- ✓ Un justificatif de domicile de moins de 6 mois
- ✓ le carnet de santé (l'original doit être présenté) ou document justifiant les vaccins à jour
- ✓ L'attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant pour les activités périscolaires et extra scolaires pour l'année scolaire concernée
- ✓ Pour chaque nouvel enfant ou chaque changement de niveau scolaire de l'enfant, le feuillet 3 du dossier de renseignement correspondant au niveau scolaire de l'enfant.
- ✓ Le formulaire d'accord d'utilisation des données personnelles.

RF
PREFECTURE DE PERPIGNAN
✓ Le formulaire d'autorisation du droit à l'image.
Contrôle de légalité
Date de réception de l'AR: 19/07/2021
066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## ANNEXE 2

### AUTORISATION EXCEPTIONNELLE D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE

**Le médicament doit être présenté dans son emballage d'origine, avec la notice, ainsi que l'ordonnance marquée au nom de l'enfant.**

Aucun médicament ne sera administré sans cette autorisation dûment complétée et signée.

**Nom et prénom de l'enfant :** .....  
**Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :** .....  
**Téléphone :** ...../...../...../...../.....

Par la présente, j'autorise le directeur de l'ALSH ou l'assistant sanitaire à administrer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin sur l'ordonnance jointe. Je reconnais que le personnel de l'ALSH accepte de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, le mode de prise ne nécessitant pas de difficultés particulières et ne nécessitant pas d'apprentissage.

**Je dégage donc la communauté de communes Roussillon-Conflent de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.**

Nom, Prénom :

Fait à ....., le .....

Signature :



## ANNEXE 2

### AUTORISATION EXCEPTIONNELLE D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE

**Le médicament doit être présenté dans son emballage d'origine, avec la notice, ainsi que l'ordonnance marquée au nom de l'enfant.**

Aucun médicament ne sera administré sans cette autorisation dûment complétée et signée.

**Nom et prénom de l'enfant :** .....  
**Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :** .....  
**Téléphone :** ...../...../...../...../.....

Par la présente, j'autorise le directeur de l'ALSH ou l'assistant sanitaire à administrer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin sur l'ordonnance jointe. Je reconnais que le personnel de l'ALSH accepte de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, le mode de prise ne nécessitant pas de difficultés particulières et ne nécessitant pas d'apprentissage.

**Je dégage donc la communauté de communes Roussillon-Conflent de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.**

Nom, Prénom :	RF
	PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité	
Date de réception de l'AR: 19/07/2021	
066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE	

Fait à ....., le .....

Signature :

MAJ 08/06/2021

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## ANNEXE 3

### FICHE DE RESERVATION ANNUELLE SOUS RESERVE DE SOUSCRIPTION AU PRELEVEMENT

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
NOM				
PRENOM				

INSCRIPTION A L'ANNEE AU RESTAURANT SCOLAIRE (cochez les cases souhaitées)				
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION A L'ANNEE A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (cochez les cases souhaitées)		
	Matin	Soir
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION A L'ANNEE AUX ATELIERS « 3D » (cochez les cases souhaitées)				
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION A L'ANNEE A L'ACCUEIL DE LOISIRS « MERCREDIS » (cochez les cases souhaitées)			
Temps	Mercredi journée	Mercredi matin sans repas	Mercredi après-midi sans repas
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PRELEVEMENT SUR L'ANNEE (joindre un RIB et compléter l'autorisation de prélèvement)

Je demande à être prélevé sur mon compte bancaire pour :

Restaurant scolaire
  Périscolaire
  3D
  Mercredis

**Les inscriptions se feront dans la limite des places disponibles selon l'ordre d'arrivée des dossiers complets.**

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, l'inscris pour les périodes cochées dans le tableau. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur que j'accepte et que je m'engage à respecter.

Nom, Prénom :

Fait à ....., le .....

Signature :

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE

MAJ 08/06/2021

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE

**ANNEXE 4**

**TARIFS (en €)** (Accueils de loisirs maternel et primaire)

Tarifs appliqués aux familles tenant compte de la déduction des Prestations de Service versées à la collectivité par les partenaires CAF et MSA.

**EXTRA-SCOLAIRE**

**Familles relevant du régime général**

Les familles pourront effectuer une demande de réservation à l'année par le formulaire d'inscription. Cependant, l'enregistrement des inscriptions se fera en 2 temps :

- o Les réservations de septembre à fin janvier avec le QF N en cours.
- o Les réservations de février à fin juillet avec le QF réactualisé en janvier.

En cours d'année, les familles touchées par un évènement spécifique modifiant de manière conséquente leur QF (séparation, perte d'emploi, décès), devront s'adresser au responsable de l'Accueil de Loisirs qui, après vérification sur le service CAFPRO appliquera les modifications - copie au régisseur pour une prise en compte à partir du mois suivant.

*En ce qui concerne les jours fériés tombant en semaine, ils seront déduits au prorata de leur nombre pour le tarif « semaine In Territoire »*

**Familles relevant du régime MSA**

Sur présentation de l'imprimé original, les familles pourront faire valoir les aides aux loisirs MSA. Toutefois, il leur sera demandé de verser au groupement l'intégralité du coût des activités et d'en demander le remboursement auprès de la MSA.

**Projets spécifiques**

**Considérant les contraintes de coûts pour les projets spécifiques (séjours, mini-camps, ...)** QF < 350€ : 20% du coût du séjour / activités 350.01€ < QF<550€ : 25% du coût du séjour / activités 550.01€ < QF<640€ : 30% du coût du séjour / activités 640.01€ < QF<970€ : 35% du coût du séjour / activités QF > 970€ : 40% du coût du séjour/ activités

	Mercredis			Petites et Grandes Vacances			
	Tarifs ½ journée pour les familles In et Hors Territoire			Tarifs semaine			
	Journée sans repas (hors jours de sortie)	Journée avec repas	Journée pour les enfants en PAI souffrant d'allergie alimentaire	Tarifs Semaine	Semaine pour les enfants en PAI souffrant d'allergie alimentaire	Journée classique	Journée sortie
T1	4€	8€	5€	27€	23€	8€	11€
T2	4.50€	9€	6€	32€	29€	9€	13€
T3	5€	10€	7€	38€	34€	10€	15€
T4	5.50€	11€	8€	43€	39€	11€	17€
T5	6€	12€	9€	48€	45€	12€	19€

Tranches QF	T1	T2	T3	T4	T5	Familles Hors Territoire
	Tarif mensuel (€) pour 1 accueil (matin ou soir)	6€	7€	8€	9€	

Tranches QF	T1	T2	T3	T4	T5
	Tarif à la séance	0.60€	0.75€	0.80€	0.90€

**PERI-SCOLAIRE**

**ATELIERS 3 D**


 Contrôle de légalité  
 Date de réception de l'AR: 19/07/2021  
 066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE

# ANNEXE 4

## RESTAURATION SCOLAIRE

### TARIFS

A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017



Réservation permanente, fréquentation occasionnelle ou urgence

4.10€ le repas

Pour les fréquentations occasionnelles, la réservation doit se faire au minimum 15 jours avant le premier jour de fréquentation, sous réserve des places disponibles.

Réservation pour les enfants extérieurs au territoire :

5.25€ le repas

Réservation commensaux : chauffeurs –enseignants- stagiaires -personnel de communes .....en fonction des places disponibles

7.25€ le repas

PAI :

0.35€

Fait à Ille sur têt le 11/06/2015

# ANNEXE 4

## TARIFS (en €) (Accueils de loisirs maternel primaire et adolescents)

### Calcul du QF pour les familles ne disposant pas d'un numéro d'allocataire

1/12<sup>ème</sup> du revenu net perçu de l'année précédente  
(Moins abattements sociaux et + prestations familiales du dernier mois connu)

Nombre de parts \*

\*Mode de calcul CAF

Il convient de respecter les critères ci-dessous pour estimer le nombre de parts à affecter :

- 2 parts pour les couples ou le parent isolé
- 1/2 part par enfant à charge
- 1 part pour le 3<sup>ème</sup> enfant
- 1/2 part par enfant supplémentaire ou par enfant handicapé

 <p>RF PREFECTURE DE PERPIGNAN</p>
<p>Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE</p>

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE

# ANNEXE 5



## AUTORISATION EXCEPTIONNELLE DE SORTIE



Je soussigné (e) .....  
 Autorise mon enfant .....  
 A sortir du centre de loisirs le ..... à ..... heures.  
**Seul (e) - (si mon enfant est en école élémentaire)**  
**Accompagné (e) de l'adulte** ..... **du mineur de plus de 6 ans** .....  
**Fait à** ....., **le** .....

# ANNEXE 5



## AUTORISATION EXCEPTIONNELLE DE SORTIE



Je soussigné (e) .....  
 Autorise mon enfant .....  
 A sortir du centre de loisirs le ..... à ..... heures.  
**Seul (e) - (si mon enfant est en école élémentaire)**  
**Accompagné (e) de l'adulte** ..... **du mineur de plus de 6 ans** .....  
**Fait à** ....., **le** .....

# ANNEXE 5



## AUTORISATION EXCEPTIONNELLE DE SORTIE



Je soussigné (e) .....  
 Autorise mon enfant .....  
 A sortir du centre de loisirs le ..... à ..... heures.  
~~Seul (e) - (si mon enfant est en école élémentaire)~~  
**Accompagné (e) de l'adulte** ..... **du mineur de plus de 6 ans** .....  
**Fait à** ....., **le** .....

RE  
 PRÉFECTURE DE PERPIGNAN

Contrôle de légalité  
 Date de réception de l'AR: 19/07/2021  
 066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE

# ANNEXE 6

## COORDONNEES ET HORAIRES DES STRUCTURES ALSH


 PREFECTURE DE PERPIGNAN  
 Contrôle de légalité  
 Date de réception de l'AR: 19/07/2021  
 066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE

### Permanences et inscriptions

Mardi de 14h00 à 18h30 - Jeudi de 07h30 à 12h

**ILLE-SUR-TET** \*

**Centre d'accueil et de Loisirs ILLE-SUR-TET**  
 3, rue de Bourdeville 66 130 ILLE SUR TET  
 Tél. : 04.68.84.09.88 / 06.22.67.68.37 / 07.77.14.95.27  
 04.68.38.96.53 / 06.11.33.17.98  
 Email : al.pasteur@roussillon-confient.fr  
 al.ille@roussillon-confient.fr  
 almater.ille@roussillon-confient.fr

**BOULETNERNE** \*

**Centre d'accueil et de Loisirs BOULETNERNE**  
 Place du 8 mai 66 130 BOULETNERNE  
 Tél. : 04.68.67.90.52 / 06.27.00.17.17  
 Email : al.bouletnerne@roussillon-confient.fr

**CORBERE** \*

**Centre d'accueil et de Loisirs CORBERE**  
 Chemin des vignes 66 130 CORBERE  
 Tél. : 04.68.84.07.83 / 06.20.10.56.23  
 Email : al.bouletnerne@roussillon-confient.fr

**TORCATIS** \*

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h25  
 11h55-13h45  
 16h15-18h30  
 Mercredi  
 07h30/18h30

**WALLON**

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 11h50-13h40  
 16h20-18h30

**RODES**

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 12h00-13h30  
 16h00-18h30  
 Mercredi  
 07h30/18h30

**Centre d'accueil et de Loisirs RODES**  
 Carrer Gran 66 320 RODES  
 Tél. : 04.68.05.53.07 / 06.20.10.56.20  
 Email : al.rodés@roussillon-confient.fr

**PASTEUR** \*

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h45  
 12h15-14h00  
 16h30-18h30  
 Mercredi  
 07h30/18h30

**LANGEVIN**

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 11h45-13h45  
 16h10-18h30

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-9h00  
 12h00-14h00  
 17h00/18h30

**ECOLE PRIMAIRE CORBERE**

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 12h10-14h00  
 16h20-18h30  
 Mercredi  
 07h30/18h30

**ECOLE MATERNELLE CORBERE LES CABANES**

Lundi/Mardi/  
 Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h45  
 12h00-13h45  
 16h30-18h30

**Régie Ille-sur-Têt**  
 Lauriane SIBIEUDE  
 3, rue de Bourdeville 66 130 ILLE SUR TET  
 Tél. : 04.68.38.96.54  
 Email : regie@roussillon-confient.fr

\* Structures ouvertes durant les vacances scolaires de 7h30 à 18h30

**CORNEILLA-LA-RIVIERE**

**Centre d'accueil et de Loisirs CORNEILLA DE LA RIVIERE**  
 Rue du 11 Novembre 66 550 CORNEILLA DE LA RIVIERE  
 Tél. : 04.68.34.75.56 / 06.20.10.56.84  
 Email : al.corneilla@roussillon-confient.fr

Contrôle de légalité  
 Date de réception de l'AR: 19/07/2021  
 066-246600415-20210708-DE\_038\_2021-DE

**MILLAS**

**Centre d'accueil et de Loisirs CORNEILLA DE LA RIVIERE**  
 Rue de la coopérative 66 170 MILLAS  
 Tél. : 04.68.57.32.49 / 06.20.10.56.74 / 06.27.00.16.81  
 Email : almater.millas@roussillon-confient.fr  
 al.millas@roussillon-confient.fr

**NEFIACH**

**Centre d'accueil et de Loisirs NEFIACH**  
 Rue du Champs du Moulin 66 170 NEFIACH BOULETERNERE  
 Tél. : 04.68.08.52.58 / 06.19.55.15.14  
 Email : al.nefiach@roussillon-confient.fr

**ECOLE MATERNELLE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h35  
 11h55-13h45  
 16h25-18h30  
Mercredi  
 07h30/18h30

**ECOLE PRIMAIRE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 12h00-14h00  
 16h30-18h30  
Mercredi  
 07h30/18h30

**ECOLE MATERNELLE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h45  
 11h35-13h30  
 16h30-18h30  
Mercredi  
 07h30/18h30

**ECOLE PRIMAIRE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 12h00-13h45  
 16h15-18h30  
Mercredi  
 07h30/18h30

**ST-FELIU D'AMONT**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h30  
 12h00-14h00  
 16h30-18h30  
Mercredi  
 07h30/18h30

**Centre d'accueil et de Loisirs St-FELIU-D'AMONT**  
 Les Hortes Baixes 66 170 ST-FELIU-D'AMONT  
 Tél. : 04.68.61.99.14 / 06.27.00.17.08  
 Email : al.stfelieu@roussillon-confient.fr

**BELESTA**

**Centre d'accueil et de Loisirs BELESTA**  
 Rue des écoles 66 720 BELESTA  
 Tél. : 09.63.21.37.97 / 06.20.10.56.21  
 Email : al.belesta@roussillon-confient.fr

**ECOLE MATERNELLE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-9h00  
 12h00-13h45  
 16h45-18h30

**ECOLE PRIMAIRE**

Lundi/Mardi/  
Jeudi/Vendredi  
 07h30-8h45  
 11h45-13h30  
 16h30-18h30



RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## ANNEXE 8

### DEMANDE DE DESINSCRIPTION\*

Je soussigné.e, M, Mme.....,  
représentant.e légal.e de l'enfant....., souhaite  
procéder à une désinscription.

#### Dates :

- A partir du .....
- Du..... au.....
- Les jours suivants : .....

#### Prestation :

- Restauration scolaire (délai de 15 jours à respecter)
- Périscolaire matin (tout mois entamé est dû)
- Périscolaire soir (tout mois entamé est dû)
- Ateliers 3D
- Mercredi (délai de 15 jours à respecter)

A ....., le .....

Signature

*Pour les demandes de remboursement, se référer au règlement intérieur « 4. Modalités de remboursement ».*

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE



## FORMULAIRE D'ACCORD D'UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

### A L'ATTENTION DES FAMILLES

Conformément à la loi du 27 décembre 2019 dite d'engagement et de proximité, La Communauté de Communes doit avoir l'accord des personnes souhaitant être informées des actions et ou problèmes rencontrés sur ses structures communautaires.

Aussi, afin d'informer les parents des enfants inscrits dans les structures communautaires, le Président, William BURGHOFFER en accord avec les Vice-Présidents et élus communautaires, souhaite mettre en place un système d'information et ou d'alerte via SMS. En ces temps de crise sanitaires particulièrement, il est important et primordial de pouvoir vous informer en urgence si cela s'avère nécessaire.

- Cette fiche est à retourner au plus vite soit par retour du dossier d'inscription de l'enfant – soit par mail : [rgpd@roussillon-conflent.fr](mailto:rgpd@roussillon-conflent.fr), soit par courrier : Communauté de Communes Roussillon Conflent, 1 rue Michel blanc, BP5, 66130 Ille sur Têt (04.68.57.86.85).

Parents d'enfants inscrits sur les structures communautaires	
Nom prénom parents	
Nom / Prénom de l'enfant	
<u>Commune</u> d'accueil de l'enfant	
<u>Structure</u> d'accueil de l'enfant	
Téléphone portable 1	
Téléphone portable 2	
<b>La durée de conservation des données est valable sur toute la durée d'inscription de l'enfant dans la structure communautaire – l'effacement ou toutes modifications des données seront faites sur votre demande par mail ou courrier aux adresses ci-dessus indiquées à l'attention du Président Mr BURGHOFFER</b>	

J'autorise la Communauté de Communes Roussillon Conflent, 1 rue Michel Blanc, BP 5 – 66130 Ille sur Têt, à collecter et traiter les données à caractère personnel me concernant susvisées aux fins d'organisations de la collectivité et d'actions de communication relatives aux activités du groupement, et ce dans un objectif de simplification des communications. La présente autorisation est consentie pour la durée dûment indiquée ci-dessus. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, et au règlement général sur la protection des données, sous réserve de la seule justification de mon identité :

- Le libre accès aux données personnelles me concernant recueillies sur le fondement et au moyen de la présente m'est garanti ; à tout moment, et sans qu'il me soit exigé de justifier d'un quelconque motif.
- Je dispose du droit de vérifier à tout moment et sans motif, l'usage qui est fait de ces mêmes données personnelles, et d'exiger qu'elles soient effacées si elles s'avèrent incomplètes, équivoques ou périmées, et je conserve le droit de retirer à tout moment mon accord pour le traitement des données objet de la présente autorisation, et jouit d'un droit à la portabilité de ces données.

**Toute demande** d'accès, d'effacement ou portabilité, ainsi que tout retrait du consentement au traitement des données objets de la présente doit être présentée par écrit au Président, Monsieur William BURGHOFFER.

Date :

Signature

RF PREFECTURE DE PERPIGNAN
Contrôle de légalité Date de réception de l'AR: 19/07/2021 066-246600415-20210708-DE_038_2021-DE