



L'accueil périscolaire pour les enfants des écoles maternelles et élémentaires de Coltainville sera assuré, le matin de 7h30 à 8h30 et le soir de 16h30 à 18h30, à l'école élémentaire, rue des Blés d'Or à Coltainville.

Barème de participation des familles par mois :

Le forfait est calculé à l'année puis divisé par 10 mois ; il est donc dû pour toute l'année scolaire. Aucune modification ne pourra avoir lieu en cours d'année, sauf cas exceptionnel (déménagement, perte d'emploi etc... par écrit et sur justificatif).

Forfait Matin..... 20,00 € par mois

Forfait Soir..... 30,00 € par mois

Occasionnel Matin 2,00 € par séance

Occasionnel Soir..... 3,00 € par séance

Paiement : les forfaits sont à régler à l'inscription et au début de chaque mois ; les occasionnels à réception de la facture par :

- Chèque à l'ordre des « PEP 28 », espèces
- Chèques vacances, CESU
- Carte Bleue (Uniquement au siège des PEP 28) au sur le portail famille internet

Les dossiers devront être remis au responsable de l'accueil aux horaires d'ouverture ou au **siège des PEP28 : 3, rue Charles Brune 28110 LUCE.**

Tout changement devra être signalé le plus rapidement possible par écrit au service
secrétariat des PEP 28 ainsi qu'à la Direction de la structure :

02.37.88.14.14

standard@pep28.asso.fr

perisco.coltainville@pep28.asso.fr

En cas de situation particulière (séparation, garde alternée, autres...Merci de joindre les justificatifs nécessaire (copie du jugement, calendrier de garde...)

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : | | | | / | | | | | | | | | |

Sexe : Féminin Masculin

Autorité parentale 1 (nom +prénom) :

.....

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Adresse mail :

N° de téléphone personnel :

N° de téléphone portable :

Autorité parentale 2 (nom +prénom) :

.....

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Adresse mail :

N° de téléphone personnel :

N° de téléphone portable :

ALLOCATAIRES AFFILIES :

Caisse : CAF MSA Autres N° Allocataire :

Je soussigné(e)sollicite l'inscription de mon enfant :

Accueil du matin : Forfait ou Occasionnel

Accueil du soir : Forfait ou Occasionnel

Déclare exactes les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur. Par ailleurs, j'autorise les PEP 28 à recueillir les données personnelles ci-dessus et à en conserver une copie pour une durée de 5 ans minimum.

Fait à : Le :

Signature précédé de la mention « Lu et approuvé » :

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté :

- Dossier ci-contre (Page de droite)
- Fiche Sanitaire dûment complétée et signée + Photocopie des vaccins
- Demande d'autorisations



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

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 OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
..... TÉL.
FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

DEMANDE D'AUTORISATION



Je soussigné(e) : Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités menées dans le cadre de l'accueil périscolaire.

Atteste que mon enfant est déclaré apte à la pratique sportive et qu'il possède une assurance extrascolaire.

Autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à faire hospitaliser voire opérer mon enfant en cas d'urgence*

Droit à l'image

J'autorise l'accueil périscolaire à prendre mon enfant en photo lors des temps d'accueil et à utiliser celle-ci pour illustrer des expos photo ou pour le site des PEP 28.

*rayez la mention si vous n'êtes pas d'accord.

(Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** »).

Date et signature :

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR

3, rue Charles Brune 28110 LUCÉ

Tél : 02 37 88 14 14 Fax : 02 37 35 61 73 - Mail : standard@pep28.asso.fr

Association d'Intérêt Général – Agrément « Jeunesse Education Populaire » - Agrément « Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale »

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30