A LUCE, Le 07/06/2023

POUR INSCRIRE VOTRE ENFANT SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE/ MERCREDI
ANNEE SCOLAIRE 2023 2024
BREZOLLES-LAONS

Chers parents,

Vous trouverez tous les documents nécessaires à vos inscriptions sur le site internet de l'Association des PEP 28 : http://www.lespep28.org

Il vous faudra compléter et signer l'intégralité du :

*Dossier d'inscription rentrée 2023/2024 Brezolles/Laons mis à disposition
*ATTENTION : La fiche sanitaire de votre enfant devra pour cette année 2023/2024 être refaite dans son intégralité (y compris la photo), sauf pour les enfants ayant fréquentés la structure en juillet 2023.
*Accompagné le dossier de toutes les pièces justificatives demandées :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Photo de l'enfant (type photo identité)
- PAI si besoin pour l'année scolaire en cours
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires
- Photocopie d'un justificatif de domicile
- Numéros allocataire CAF ou Photocopie du dernier avis d'imposition

Votre tranche de tarif ne pourra être calculée que par le secrétariat de l'Association des PEP 28.
Je vous invite donc à nous contacter pour en connaître le montant.

Les documents seront, en priorité, à renvoyer par mail **avant le 10/07/2023**
secretariat2@pep28.asso.fr
02.18.56.80.49

Pour les personnes ne disposant pas de scanner ou de connexion internet, vous pourrez les déposer dans la boîte aux lettres de l'accueil de loisirs de Brezolles (11 rue de la Friche) **avant le 10/07/2023.**

En cas de paiement par **prélèvement automatique** (pour les forfaits périscolaires et mercredis uniquement) merci de joindre à votre dossier : le mandat SEPA complété et signé ainsi que votre RIB. Attention ce document est à renouveler chaque année si vous souhaitez continuer la mise en place des prélèvements.

Cordialement,

Gaëlle RAULT
Adjointe à la Direction de Pôle de
BREZOLLES-LAONS

Liste des documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- ✓ Fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Fiche sanitaire ci-jointe avec **Photo obligatoire**
- ✓ Photocopie d'un justificatif de domicile
- ✓ Numéros allocataire CAF ou Photocopie du dernier avis d'imposition
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ En cas de PAI, copie de celui-ci pour l'année en cours
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant lesactivités extra-scolaires
- ✓ **Pour les forfaits périscolaires et mercredis uniquement** : le mandat SEPA complété etsigné ainsi que votre RIB – **Attention si vous étiez prélevés pour vos factures de l'année précédente, vous devez tout de même compléter et nous retourner ce document.**

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ !

ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14
Mail : standard@pep28.asso.fr
Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30
Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire- Agrément Travail d'Intérêt général
www.lesPEP28.org/

FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs de : BREZOLLES / LAONS

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Titulaire (s) de l'autorité parentale : Père, Mère - Tuteur, Tutrice (préciser) _____

Parent 1 : _____

Sous tutelle financière : ☐ Oui ☐ Non

Parent 2 : _____

Sous tutelle financière : ☐ Oui ☐ Non

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Adresse : _____ CP : _____

Ville : _____ ☎ : _____ @ : _____

Parent 1 : 📱 _____ ☎ Professionnel : _____

Parent 2 📱 _____ ☎ Professionnel : _____

N° sécurité sociale dont dépend l'enfant : _____ **N° allocataire CAF :** _____

Régime d'appartenance : Régime Général ☐ MSA ☐ Régime Maritime ☐

Assurance responsabilité civile N° : _____ Nom assureur : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT

Inscription (cocher le lieu et le choix) :

☐ BREZOLLES **☐ LAONS**

☐ Forfait Périscolaire matin* - ☐ Forfait Périscolaire soir* - ☐ Périscolaire occasionnel

☐ Mercredis* ☐ Vacances ***(Un document de réservation sera à complété pour chaque Vacances)***

Nom de l'enfant : _____ **Prénom** : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M ☐ F ☐ Classe : _____

En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir :

NOM : _____ ☎ : _____ 📱 : _____

DECHARGE PARENTALE

Déclaration : Je soussigné(e) _____, titulaire (s) de l'autorité parentale de l'enfant nommé ci- dessus,

☐ Autorise l'enfant à rentrer seul chez lui (8 ans minimum) à la fin de l'accueil de loisirs sans hébergement (ALSH) et décharge l'organisateur et l'encadrement de toutes responsabilités. L'horaire de départ de l'enfant partant seul devra être précisé par écrit à la direction, par le titulaire de l'autorité parentale.

☐ Autorise l'équipe d'animation à déposer mon enfant à l'arrêt de bus le matin à la fin du périscolaire (scolarisés à l'école de Crucey Village), sous réserve de modifications des horaires du transport mis en place par l'Agglo du Pays de Dreux, et que ces derniers coïncident avec les horaires des écoles de Brezolles.

☐ N'autorise pas l'enfant à rentrer seul chez lui mais autorise les personnes suivantes âgées de plus de 16 ans à venir le chercher (préciser Nom/Prénom et si lien de parenté + N° tél. et fournir une copie de la pièce d'identité à la Direction de la structure) :

_____

_____

☐ Autorise l'enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH.

☐ Autorise le directeur de l'ALSH à faire soigner l'enfant, à le faire hospitaliser, à pratiquer les interventions et opérations d'urgence suivant les prescriptions du médecin ou du chirurgien.

☐ Autorise l'Agglo du Pays de Dreux et l'Association des ADPEP 28 à utiliser les photos ou films de l'enfant pris lors des activités et ce, dans le cadre des supports de communication de la collectivité ou de ses partenaires institutionnels.

☐ M'engage à rembourser les dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner l'autorisation aux services des PEP 28 de consulter et recueillir les informations les concernant sur le site de la CAF.

Mme/Mr _____ titulaire de l'autorité parentale de l'enfant _____ fréquentant :

Accueil de Brezolles : ☐ Accueil de Laons : ☐

Autorise l'Association des PEP 28 à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2, le nombred'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh, afin de calculer le tarif horaire applicable dansle cadre de l'Accueil de loisirs et à conserver des copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans.

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus (merci de vérifier vos coordonnées ci-dessus et sur la fiche sanitaire de l'enfant).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter. Classe de l'enfant en septembre 2023 _____

A _____, le _____ **Signature :**

Accueil de loisirs de Brezolles/ Laons

PERISCOLAIRE :

Horaires : 7h15-8h35/ 16h10-18h30

Attention : les Tarifs 2023/2024 sont susceptibles d'être modifiés au cours de l'année suivant les délibérations du Conseil Communautaire.

TARIFS PERISCOLAIRE		
Revenus	Forfait mensuel *	
	Matin	Soir
0-1000	18.40 €	29.80 €
1001-1500	19.63 €	31.80 €
1501-2000	20.84 €	33.85 €
2001-2500	22.08 €	35.85 €
2501 et +	23.28 €	37.90 €
	Par jour	
Occasionnel (à la présence)	5.35 €	6.35 €

*Le choix du forfait entraine une facturation lissée et mensualisée de septembre à juin.

Contact LAONS: perisco.laons@pep28.asso.fr - 06.50.14.86.51
Contact BREZOLLES : alsh.brezolles@pep28.asso.fr - 07.50.15.57.02

MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES (structure fermée aux vacances de fin d'Année et le mois d'Août) :
(Des dates d'inscriptions spécifiques aux périodes de vacances seront communiquées au cours de l'année)

Horaires : Accueil entre **7h30** et 9h30/ départ entre 16h30 et **18h30**

Attention : les Tarifs 2023/2024 sont susceptibles d'être modifiés au cours de l'année suivant les délibérations du Conseil Communautaire.

TARIFS ACCUEIL DE LOISIRS		
Revenus en euros	MERCREDIS	VACANCES
	POUR 1 ENFANT INSCRIT	
	4 mercredis* (mois complet)	1 semaine de 5 jours (prorata si jours férié)
0 - 1000	41.20 €	51.50 €
1001 à 1500	45.20 €	56.55 €
1501 à 2000	49.20 €	61.60 €
2001 à 2500	53.60 €	67.70 €
2501 et +	57.80 €	72.70 €
Hors agglo	111.20 €	138.40 €

*Le choix du forfait entraine une facturation lissée et mensualisée de septembre à juin.

Contact BREZOLLES : alsh.brezolles@pep28.asso.fr - 07.50.15.57.02

Autorisation individuelle d'être filmé(e), Photographié(e) et/ou interviewé(e)

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ **Prénom :** _____

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : _____

☐ **Autorise** l'Association des PEP 28 à réaliser des reportages vidéo traitant de l'ensemble des activités gérée par l'association :

- Filmer
- Photographier
- Interviewer
- Utiliser l'image de mon enfant

Dans le cadre unique de la promotion des activités des PEP 28.

En conséquence, j'autorise l'Association des PEP 28 à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais d'internet, par le biais des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou de la Fédération des PEP, des publications et site internet de la Ville et de la Communauté de Communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées, les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interview pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP 28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site internet et autres)

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interview susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interview objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation de la vidéo

☐ **Refuse** la participation de mon enfant aux reportages (photos, films, interview) réalisés par l'Association des PEP 28.

Fait à :_____**Le :**____/____/____

(Signature) Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

Les PEP 28
La solidarité en action

Photo

Fiche Sanitaire

BREZOLLES / LAONS

Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel

Accueil de Loisirs 6-11 ans Elémentaire

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe ( ) Masculin ( ) Féminin

Date de Naissance : _____

Entrée le :..../..../.....

Maj le :..../..../.....

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :

Nom : _____ Prénom: _____
Adresse : _____
_____
_____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____
Employeur : _____ Profession : _____
Ressortissant régime
( ) CAF N° CAF : _____
( ) MSA N° MSA: _____
( ) Autre
Sous tutelle financière : _____ Organisme de tutelle : _____

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
_____
_____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
_____
_____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse : ( ) Oui ( ) Non
Précisez : _____
_____
Autorisation intervention médical : ( ) Oui ( ) Non
Certificat médical présent avec ce document : ( ) Oui ( ) Non
Médecin traitant : _____

Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, en situation de handicap…) : ( ) oui ( ) non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation…)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives…etc

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je soussigné.e _____ titulaire de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l 'état de l'enfant.

Fait à _____ Signature,
Le _____

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs.

Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

Mère : _____

Domicile : _____
Professionnel : _____
Portable : _____

Père : _____

Domicile : _____
Professionnel : _____
Portable : _____

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

Nom : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Téléphone : _____

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

_____
_____
_____
_____

ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14
Mail : standard@pep28.asso.fr
Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30
Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire-Agrément Travail d'Intérêt général
www.lesPEP28.org/

ADPEP 28

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ADPEP28 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ADPEP28.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR90ZZZ321303

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
NOM Prénom : Adresse : Code postal VILLE :	ADPEP 28 3, rue Charles Brune 28110 LUCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : ☒ Paiement récurrent/répétitif
☐ Paiement ponctuel

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par ADPEP28. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec ADPEP28.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.