PERISCOLAIRE DE COLTAINVILLE 2023/2024

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..... 22,00 € par mois

Forfait Soir..... 33,00 € par mois

Occasionnel Matin ..... 2,50 € par séance

Occasionnel Soir..... 3,50 € 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) ou sur le portail famille internet *(faire une demande de codes d'accès pour les nouvelles familles).*

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 : O CAF O MSA O Autres N° Allocataire : .....

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

Accueil du matin :	O Forfait	ou	O Occasionnel
Accueil du soir :	O Forfait	ou	O 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 :

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

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 : .....

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 :

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 dela 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 exploitationdes photographies, films et/ou interview susceptibles de porter atteinte à ma vie privéeou 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 autreexploitation 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.

(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

LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES
A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nous soussignés…….

Et ……

Parents de …….....

Autorisons à remettre notre(nos) enfant(s) en cas d'indisponibilité de notre part aux personnes nommés ci-dessous :

Noms/Prénom…….

Adresse…….

N° Tél…….

Noms/Prénom…….

Adresse ……

N° Tél……

Noms/Prénom……

Adresse ……

N° Tél…….

Fait à ……, le …….

Signature des parents