

Accueil périscolaire - Restauration scolaire – Accueil mercredi - Accueil de loisirs vacances

En l'absence du dossier d'inscription (DUI), votre enfant ne pourra pas bénéficier des services de la municipalité.

Documents à fournir avec le dossier (Merci de faire des photocopies)

- **Un justificatif de domicile où réside l'enfant - OBLIGATOIRE** : facture d'eau, facture ou attestation de gaz, d'électricité datant de moins de 3 mois. A défaut taxe foncière en cours ou en cas de déménagement récent, une quittance de loyer HLM ou contrat de location ou une pièce justifiant l'accession à la propriété
- **Copie de l'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 – FACULTATIF**
- **Attestation de quotient familial CAF datant de moins de 3 mois – FACULTATIF**
- **Autorisation de prélèvement – FACULTATIF**
- Si prélèvement souhaité : joindre l'autorisation accompagnée d'un RIB par SEPA - OBLIGATOIRE**
 - Pour Restauration scolaire
 - pour ALSH
- **Carnet de Vaccination - OBLIGATOIRE**
- **Attestation d'assurance extrascolaire - OBLIGATOIRE**
- **Copie du livret de famille (parents et enfant) - OBLIGATOIRE**

En cas de changement de situation familiale récent : transmettre le livret de famille, le paragraphe du jugement de divorce ou attestation du juge.

ⓘ Sans avis d'imposition et l'attestation de quotient CAF, le tarif le plus fort sera appliqué.

Votre collectivité a mis en place un Portail Citoyen, doté d'un Espace famille et facturation. Il vous permettra de dématérialiser vos démarches périscolaires et extrascolaires. A partir d'un ordinateur, tablette ou smartphone, connecté à Internet, vous pourrez :

- Réaliser l'inscription de vos enfants au différent service
- Inscrire ou désinscrire vos enfants aux différentes activités : ALSH, Cantine ...etc.
- Consulter vos historiques
- Être informé sur l'actualité des accueils et de nos établissements

Une fois le DUI déposé en Mairie et l'inscription enregistrée, un mail de confirmation d'inscription vous sera envoyé avec votre code BL enfance et la notice d'utilisation du portail (Penser à vérifier dans votre dossier « **SPAM** »).

Modalités de paiement pour l'ensemble de nos services :

Merci de vous reporter au Guide d'utilisateur B.L enfance (rubrique Moyen de Paiements), disponible sur le site internet de la Mairie ou auprès du service Animation.

Services proposés	Description du service	Horaire du service	Informations	Tarification en fonction d'un quotient familial de A, B, C, D, E ou F . Tarifs € (Euros) / Session, repas et jour.				Facturation				
Accueil matin et soir (à l'école)	Pour les enfants scolarisés à l'école	Matin (7h30 à 8h30)		Aucun accueil le matin de la rentrée.	A à C		D à F		Facture envoyée à chaque fin de mois. Si la facture est inférieure à 15€ celle-ci sera reportée le mois suivant			
					1,63		2,45					
		Soir avec gouter inclus	16h30 à 17h30	A la présence chaque heure est facturée.	A à C		D à F					
			16h30 à 18h30		2,11		2,93					
				A à C		D à F						
				2,62		3,40						
Interclasse et restauration scolaire	Pour les enfants scolarisés à l'école	De 11h45 à 13h35 (sauf le mercredi)		Repas réservé facturé								
				A et B	C et D	E et F	Oc ²					
				1,92	2,85	4,05	<u>4,78</u>					
Etude (à l'école)	Accompagnement au devoir assuré par des animateurs	Lundi et jeudi de 16h45 à 17h30		L'accueil du soir est inclus dans le tarif		Tarif unique : 3,88€ pour 45 minutes						
Mercredi loisirs (Au centre de loisirs de Vaujoubert)	Enfants habitants ou scolarisés a Rouillon en priorité. Les places restantes sont ouvertes aux enfants extérieurs	A partir du 1 ^{er} Mercredi de la rentrée de 8h30 à 17h30		Réservation obligatoire : 2 semaines avant les vacances en fonction des places disponibles	QFTarif							
		Le seuil minimum pour l'ouverture du centre est de 20 enfants inscrit et une capacité maximale de 32 enfants.			A	B	C	D	E	F	Ext*	
					Jour (An ²)	10,40	12,48	14,57	16,67	18,73	20,81	24,97
					½ jour avec repas (An ²)	6,24	8,32	10,40	12,48	14,57	16,65	20,81
				Jour (Oc ²)	14,71	16,81	18,91	21,01	23,11	25,21	29,42	
				½ jour avec repas (Oc ²)	10,40	12,48	14,57	16,67	18,73	20,81	24,97	
Vacances scolaire - ASLH (Au centre de loisirs de Vaujoubert)	Enfants habitants ou scolarisés a Rouillon en priorité. Les places restantes sont ouvertes aux enfants extérieurs	Du lundi au vendredi (sauf jours fériés) de 9h00 à 18h00.		Accueil péricentre de 8h00 à 9h00 (gratuit). Fin à 18h00	QFTarif							
		Toutes vacances sauf la période des fêtes de Noël et Nouvel an .			A	B	C	D	E	F		
					Journée	7,97	11,38	13,83	15,21	16,43	17,23	
				Journée Ext*	16,27		17,05		19,16			
ALSH Ados (Au centre de loisirs de Vaujoubert)	Pour les ados du collège & lycée (12/17 ans)	Selon programme disponible auprès du service ALSH ados		Adhésion Obligatoire.		Participation financière en fonction de l'activité, en complément de l'adhésion annuelle de 4.47 €				Facture envoyée à chaque fin de période. Si la facture est inférieure à 15€ celle-ci sera reportée la période suivante		

² : An = Tarif / Jour annuel ; Oc = tarif / Jour en occasionnel .

* : Tarif enfant extérieur à la commune et non scolarisé sur l'école de la commune.

Tarifification : votée par le conseil municipal le 12 décembre 2022 et 2023 applicable à partir du 1 septembre 2024.

Services :	Accueil Matin	Accueil soir	Cantine	Etude	Mercredi loisirs	Vacances (ALSH)
Utilisation :	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>

FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant : _____ . Tel : _____
 Adresse : _____

(Copie des pages de vaccination obligatoire du carnet de santé de l'enfant)

Allergie ou maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (protocole d'accueil individualisé - PAI) :

- Allergie alimentaire : Non Oui Préciser : _____
 (Fournir un certificat d'allergologue récent, moins de 6 mois)

Certains aliments lui sont-ils interdits ? Non Oui Préciser : _____

- Allergie autre (animaux, pollens...) : Non Oui Préciser : _____
- Maladie chronique (diabète, asthme...) : Non Oui
 Préciser : _____

En dehors du PAI, aucun médicament ne pourra être délivré sur les temps péri-extrascolaires (Sauf sur ordonnance datant de moins de quinze jours)

Signature :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence et/ou à venir chercher l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autoriser à venir chercher l'enfant
				non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>
				non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>
				non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>

FICHE D'AUTORISATION

Autorisation aux soins d'urgence

Nous soussignés, M et Mme _____ autorisons les soins d'urgence auprès de notre enfant _____, pour toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas de nécessité et après accord des parents *écrit* ou représentant légaux (anesthésie, chirurgie)

Signature :

Autorisation de déplacements

- J'autorise** mon enfant à participer à des sorties, nécessitant un déplacement, organisées dans le cadre des activités péri et extrascolaires. (SETRAM, SNCF, minibus, voiture...) : non oui
- J'autorise** mon enfant à aller à la piscine : non oui
- J'autorise** mon enfant à partir seul de l'école (à partir du CE2) : non oui **Signature :**

Autorisation pour l'utilisation de l'image

Merci de bien vouloir compléter la fiche « **Autorisation du droit à l'image** » disponible en Mairie

Nous soussignés, M-Mme _____ déclarons exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce document. Après lecture de la notice du présent dossier, nous nous engageons à faire part de toute modification pouvant intervenir au cours de l'année.

Fait à : _____ le : _____

**Signatures des deux parents obligatoires.*

Signature *:

Parent 1 :	Parent 2 :
------------	------------

Autorisation pour utilisation de l'image

Que ce soit lors d'activités scolaires ou périscolaires, ou encore lors d'événements locaux associatifs ou municipaux, de nombreuses photos (ou vidéos) sont prises afin d'illustrer les différents supports de communication mis en place par la commune (journal municipal, plaquettes, site internet de la ville, affichage en mairie...).

Afin d'autoriser la ville à publier ces images, merci de compléter les informations ci-dessous : Je/Nous soussigné(s),

M-Mme, _____

Domiciliée _____

Parent / représentant légal de _____

autorise n'autorise pas .

La ville de Rouillon à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques représentant mon enfant pour une durée maximum de 3 ans.

Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à la réputation, à l'honneur ou à la dignité de notre enfant.

Date :

Signature du parent* 1 :

**Signatures des parents et de l'enfant obligatoires*

M-Mme, _____

Domiciliée _____

Parent / représentant légal de _____

autorise n'autorise pas.

La ville de Rouillon à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques représentant mon enfant pour une durée maximum de 3 ans.

Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à la réputation, à l'honneur ou à la dignité de notre enfant.

Date :

Signature du parent* 2 :

**Signatures des parents et de l'enfant obligatoires*

Autorisation de l'enfant (à partir du CE2):

M-Mme, _____

Domiciliée _____

autorise n'autorise pas.

La ville de Rouillon à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques me représentant pour une durée maximum de 3 ans.

Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à ma réputation, à mon honneur ou ma dignité.

Date :

Signature de l'enfant* :

**Signatures des parents et de l'enfant obligatoires*



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT NOM :	PRÉNOM :
NE(E) LE :	G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

2 - VACCINATIONS (joindre la photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				R.O.R			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio ou Tétracop				Autres (préciser)			
BCG							

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre - indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Est-ce que votre enfant suit un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, lequel.....

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>RUBEOLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>VARICELLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>ANGINE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>SCARLATINE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>COQUELUCHE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>OTITE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>ROUGEOLE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>OREILLONS</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES :

Asthme OUI NON - Médicamenteuses : OUI NON - Alimentaire : OUI NON

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4 – RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires etc.... (précisez)

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

Mon enfant partira seul de l'accueil de loisirs ou de l'activité : OUI NON

Si **NON**, quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher :

.....
.....

Est-ce que mon enfant sait nager : OUI NON
(Joindre la photocopie du brevet)

Brevet : 25m – 50 m – ou plus

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

N°tél domicile :

N°tél travail :

N°tél portable

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du jeune (les frais médicaux seront à la charge des parents).

Date :

Signature de ou des parents :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA RESTAURATION SCOLAIRE

Référence unique du mandat : OFR71ZZZ502065

Type de contrat : Prélèvement enfance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ROUILLON - RESTAURATION ET PERISCOLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ROUILLON - RESTAURATION ET PERISCOLAIRE

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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR71ZZZ502065

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

CREANCIER

Nom : ROUILLON - RESTAURATION ET PERISCOLAIRE

Adresse : 4, rue de l'Eglise

Code postal : 72700

Ville : ROUILLON

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN) :

F R

Identification internationale de la banque (BIC) :

()

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Le :

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 RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 ROUILLON - RESTAURATION ET PERISCOLAIRE. 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 ROUILLON - RESTAURATION ET PERISCOLAIRE.

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.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA ALSH

Référence unique du mandat : OFR71ALS502065 _____

Type de contrat : Prélèvement enfance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ROUILLON - ALSH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ROUILLON - ALSH

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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR71ALS502065

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

CREANCIER

Nom : ROUILLON - ALSH

Adresse : 4, rue de l'Eglise

Code postal : 72700

Ville : ROUILLON

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN) :

F R _____

Identification internationale de la banque (BIC) :

_____ (____)

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Le :

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 RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 ROUILLON - ALSH. 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 ROUILLON - ALSH.

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.