FICHE D'INSCRIPTION

2018/2019

ENFANT	
Identité	**Photo (*)**
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	**Responsable 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	**Adresse :**
Email :	**Email :**
Tél. :	**Tél. :**
Portable :	**Portable :**
Tél. Pro. :	**Tél. Pro. :**

PERSONNES A CONTACTER
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		**Nom :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		**Tél. :**	
Portable :		**Portable :**	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	**Appel en cas d'urgence :**	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	**Autorisé à récupérer l'enfant :**	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		**Nom :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		**Tél. :**	
Portable :		**Portable :**	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	**Appel en cas d'urgence :**	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	**Autorisé à récupérer l'enfant :**	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	**Réponse**
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment dâtée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical,hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Employeur du Responsable 1 (nom, adresse, téléphone) :	
Employeur du Responsable 2 (nom, adresse, téléphone) :	
Si autorisé à partir seul (précisez à partir de quelle heure?) :	
En cas de divorce ou litiges familiaux: Quel parent dispose de la garde de(s) l'enfant(s)? :	
Numéro allocataire CAF/MSA/Autre (précisez) :	
Traitements médicamentaux (précisez) :	
Classe (précisez) :	

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Fiche d'inscription
- Photocopie du carnet de vaccination
- Avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 (des deux parents ou du foyer fiscal (parent + conjoint vivant sous le même toit))
- Copie du PAI (si nécessaire)
- RIB au nom du payeur (si adhésion au prélèvement automatique)
- Planning de garde (en cas de garde alternée)
- Jugement de divorce (en cas de divorce ou de litiges familiaux sur la garde de(s) l'enfant(s))
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Autorisation pour quitter seul la structure (si nécessaire)
- Fiche de fréquentation uniquement pour le mois de septembre 2018
- Fiche de liaison

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- autorisons la Directrice de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE **Direction régionale de BOURGOGNE**	**Accueil de mineurs** **Fiche de liaison**

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant.
Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant, sous enveloppe cachetée.
Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : F / G

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)
Nom, prénom .....
Adresse

☎ : Domicile..... .....Travail.....Téléphone portable.....

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)
Nom, prénom .....
Adresse

☎ : Domicile..... .....Travail.....Téléphone portable.....

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :
Nom, prénom .....
Adresse

☎ : Domicile..... .....Travail.....Téléphone portable.....

Nom, prénom .....
Adresse

☎ : Domicile..... .....Travail.....Téléphone portable.....

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

Assurance responsabilité civile : (si possible joindre attestation ou justificatif)
Compagnie :.....
Numéro d'adhérent : .....

Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports de Bourgogne et de la Côte-d'Or
10, boulevard Carnot - B.P. 1530 - 21034 DIJON CEDEX - Téléphone : 03.80.68.39.00 – Télécopie : 03.80.68.39.01
Courriel : dr021@jeunesse-sports.gouv.fr

Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoire)
Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.
A défaut, remplir le document ci-joint ou fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

Indiquez ci dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires...)

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif...)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)
si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil contactez le responsable.
Cela doit rester exceptionnel, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant Contactez le responsable de la structure d'accueil

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signature du responsable légal 1 Signature du responsable légal 2

BRESSEY-SUR-TILLE - Accueil périscolaire et restauration scolaire - Tél.: 03.80.37.01.41

ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

MOIS DE SEPTEMBRE 2018

NOM et Prénom de l'enfant:				
SEMAINE DU 03/09/2018 AU 07/09/2018	Garderie Matin	Midi	N.A.P.	Garderie Soir
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI			A.P.* 13H30-18H00	
JEUDI				
VENDREDI			**A.P. 15H40-16H40**	**A.P. à partir de 16H40**
SEMAINE DU 10/09/2018 AU 14/09/2018	Matin	Midi	Soir	
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI			A.P. 13H30-18H00	
JEUDI				
VENDREDI			**A.P. 15H40-16H40**	**A.P. à partir de 16H40**
SEMAINE DU 17/09/2018 AU 21/09/2018	Matin	Midi	Soir	
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI			A.P. 13H30-18H00	
JEUDI				
VENDREDI			**A.P. 15H40-16H40**	**A.P. à partir de 16H40**
SEMAINE DU 24/09/2018 AU 28/09/2018	Matin	Midi	Soir	
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI			A.P. 13H30-18H00	
JEUDI				
VENDREDI			**A.P. 15H40-16H40**	**A.P. à partir de 16H40**

* A.P. : Accueil Périscolaire

ORGANISATION DU TEMPS SCOLAIRE
DES ENFANTS DE BRESSEY-SUR-TILLE
2018 - 2019

ECOLE PRIMAIRE (ECOLE MATERNELLE + ECOLE ELEMENTAIRE)

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
7h30-8h45	Périscolaire	Périscolaire	Périscolaire	Périscolaire	Périscolaire
8h35-8h45	Accueil	Accueil	Accueil	Accueil	Accueil
8h45-11h45	Classe	Classe	Classe	Classe	Classe
11h45-13h25	Pause méridienne	Pause méridienne	Pause méridienne	Pause méridienne	Pause méridienne
13h15-13h25	Accueil	Accueil	ACCUEIL PERISCOLAIRE 13H30 - 18H00	Accueil	Accueil
13h25-15h40	Classe	Classe		Classe	Classe
15h40-16h40	NAP	NAP		NAP	Périscolaire
16H40-18H45	Périscolaire	Périscolaire		Périscolaire	

Les temps "périscolaires" sont à la charge des parents.
Les N.A.P. (Nouvelles Activités Périscolaires) sont facultatives et gratuites, cependant les responsables légaux devront prévenir la responsable de l'accueil périscolaire en cas d'absence de l'enfant.

COMMUNE DE BRESSEY-SUR-TILLE

TARIFS ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2018-2019

TARIFS COMMUNE

Tranche	Q.F. Mensuel	Matin	Repas Midi	Soir	Vendredi de 15 h 40 à 16 h 40	Mercredi après-midi	
						sans repas	avec repas
1	0 à 540,11	1,45	4,88	2.89	1.45	4.86	8.46
2	540,12 à 614,66	1,59	5,13	3.18	1.59	5.11	8.72
3	614,67 à 737,43	1,69	5,39	3.38	1.69	5.39	9.00
4	737,44 à 1105,90	1,80	5,60	3.60	1.80	5.76	9.38
5	1105,91 et plus	1,91	5,89	3.95	1.91	6.16	9.77
6	Enseignants - Personnel	/	6,47	/	/	/	/
7	Sans réservation	/	7,96	/	/	/	/

TARIFS HORS COMMUNE

Tranche	Q.F. Mensuel	Matin	Repas Midi	Soir	Vendredi de 15 h 40 à 16 h 40	Mercredi après-midi	
						sans repas	avec repas
1	0 à 540,11	1.88	6.34	3.75	1.88	6.31	10.38
2	540,12 à 614,66	2.06	6.66	4.13	2.06	6.64	10.62
3	614,67 à 737,43	2.19	6.87	4.39	2.19	7.00	10.89
4	737,44 à 1105,90	2.30	7.13	4.59	2.30	7.48	11.29
5	1105,91 et plus	2.40	7.28	4.79	2.40	8.00	11.69
6	Sans réservation	/	7,96	/	/	/	/

COMMUNE DE BRESSEY-SUR-TILLE

TARIFS ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2018-2019

TARIFS COMMUNE

Allergies alimentaires - Repas apporté

Tranche	Q.F. Mensuel	Repas Allergies alimentaires
1	0 à 540,11	2.44
2	540,12 à 614,66	2.57
3	614,67 à 737,43	2.69
4	737,44 à 1105,90	2.81
5	1105,91 et plus	2.94
6	Sans réservation	3.98

TARIFS HORS COMMUNE

Allergies alimentaires - Repas apporté

Tranche	Q.F. Mensuel	Repas Allergies alimentaires
1	0 à 540,11	3.17
2	540,12 à 614,66	3.34
3	614,67 à 737,43	3.49
4	737,44 à 1105,90	3.56
5	1105,91 et plus	3.64
6	Sans réservation	3.98