



Fiche de renseignements rentrée 2024-2025
Services Périscolaire et Extrascolaire
Dossier à rendre entre le 17 Mai et le 07 Juin 2024.

1^{er} Enfant
NOM : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____
Sexe : garçon fille Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

2eme Enfant
NOM : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____
Sexe : garçon fille Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

3eme Enfant
NOM : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____
Sexe : garçon fille Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

Responsables légaux

Responsable légal 1

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Adresse : _____

Portable : _____ Fixe _____ Professionnel : _____

Mail : (obligatoire pour créer ou accéder à l'espace citoyen) _____

Responsable légal 2

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Adresse : _____

Portable : _____ Fixe _____ Professionnel : _____

Mail : (obligatoire pour créer ou accéder à l'espace citoyen) _____

Quotient Familial

Quotient Familial Caf ou Msa : _____ N° Allocataire _____

Merci de fournir l'attestation CAF ou MSA du quotient familial datant de moins de 3 mois

- Sans justificatif le Sivom utilisera l'application CAF partenaires pour vérifier l'exactitude du quotient.

Facturation (cochez votre choix)

- Renouvellement du prélèvement automatique déjà mis en place
- Mise en place du prélèvement automatique (fournir un rib)
- Pas de prélèvement automatique

Les factures sont dématérialisées. Elles sont disponibles et téléchargeables via votre espace famille.
Attention : Il n'y a pas de lien entre l'espace famille et la trésorerie. Il est donc normal que les factures soient notées « non réglé » même si elles le sont.

Compte famille Espace Citoyen

Le compte a été créé : Oui Non (dans ce cas, se rapprocher de la directrice de l'accueil périscolaire)

Autres personnes autorisées à venir récupérer le (les) enfant (s) désigné(s) ci-dessus

Nom	Prénom	Lien de Parenté	Téléphone

Santé

1^{er} Enfant :

- Allergie Alimentaire : Non Oui, préciser : _____
- Asthme : Non Oui, préciser : _____
- Médicamenteuse : Non Oui, préciser : _____
- Maladie chronique : Non Oui, préciser : _____
- Autre : Non Oui, préciser : _____
- Date des derniers vaccins : DTPolio :/...../..... Si rappel :/...../.....
- Un protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) a-t-il été mis en place ? Non Oui Joindre la copie.
- Y a t-il un dossier MDPH en cours pour votre enfant ? Non Oui
- L'enfant suit-il un traitement médical continu ? Non Oui joindre un certificat médical et ordonnance
- L'enfant a-t-il une pratique alimentaire spécifique ? Non Oui Précisez : _____
- Port d'appareil auditif Non Oui Port de lunette Non Oui
- Port d'un appareil dentaire Non Oui
- Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

2eme Enfant :

- Allergie Alimentaire : Non Oui, préciser : _____
- Asthme : Non Oui, préciser : _____
- Médicamenteuse : Non Oui, préciser : _____
- Maladie chronique : Non Oui, préciser : _____
- Autre : Non Oui, préciser : _____
- Date des derniers vaccins : DTPolio :/...../..... Si rappel :/...../.....
- Un protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) a-t-il été mis en place ? Non Oui Joindre la copie.
- Y a t-il un dossier MDPH en cours pour votre enfant ? Non Oui
- L'enfant suit-il un traitement médical continu ? Non Oui joindre un certificat médical et ordonnance
- L'enfant a-t-il une pratique alimentaire spécifique ? Non Oui Précisez : _____
- Port d'appareil auditif Non Oui Port de lunette Non Oui
- Port d'un appareil dentaire Non Oui
- Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Inscription à l'accueil du Mercredi

Si votre enfant fréquente l'accueil du mercredi de façon régulière et pendant toute l'année, cochez les cases correspondantes aux temps de présence.

ATTENTION : Si votre enfant fréquente l'accueil toutes les semaines de l'année, merci de remplir les tableaux « Semaine Paire et Impaire ».

Lieu : Riaillé Joué Sur Erdre Teillé

Fréquentera l'accueil à partir du _____

Semaine Paire

Prénom de l'enfant	Journée	Matin	Matin+Repas	A-midi	A-Midi+Repas

Semaine Impaire

Prénom de l'enfant	Journée	Matin	Matin+Repas	A-midi	A-Midi+Repas

Je (nous), soussigné(s), (Nom-Prénom) _____

Certifie (certifions) avoir pris connaissance :

- Que mon ou mes enfant(s) _____ est/sont susceptible(s) d'être transporté dans un véhicule collectif dans le cadre des activités, sorties et navettes entre les lieux d'accueil.
- Du règlement intérieur des structures périscolaires et extrascolaires en accepte (acceptons) les conditions.
- Que toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfant (s) soient mises en œuvre par les secours et les personnels médicaux.

Certifie (certifions) que mon ou mes enfants(s) sont couverts par une assurance extrascolaire.

Atteste (attestons) sur l'honneur être titulaire (s) de l'autorité parentale et certifie (certifions) sur l'honneur les renseignements portés par cette présente fiche.

Nouveaux Tarifs à compter du 01 Septembre 2024 :

ACCUEIL PERISCOLAIRE			
Service	Plancher	Plafond QF>1800	Taux d'effort
Périscolaire 1h	1,04 €	5,22 €	0,290%
Gouter-P'tit Déj			0,88 €
ACCUEIL DU MERCREDI			
Service	Plancher QF<300	Plafond QF>1800	Taux d'effort
Journée	5,12 €	30,71 €	1,706%
1/2 Journée	2,77 €	16,65 €	0,925%
1/2 Journée avec repas	3,80 €	22,82 €	1,268%

*Une réduction de 10% est appliquée pour les familles de 3 enfants qui fréquentent le service et les enfants des agents du Sivom.

Fait à _____

Le _____

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2