



**RETOUR DU DOSSIER AVANT LE 20 AVRIL 24**

Le dossier doit être complet et déposé en mairie.  
Tout dossier incomplet sera refusé.

**PAGE À CONSERVER PAR LA FAMILLE**

**LE DOSSIER FAMILIAL UNIQUE C'EST QUOI ?**

C'est un dossier qui est rempli par chaque famille pour chaque enfant, lors de l'inscription au périscolaire des écoles du primaire de Simiane-Collongue.

Il doit impérativement être renouvelé et mis à jour chaque année à la rentrée scolaire.

**RÉCEPTION DES DOSSIERS**

- Pour que le dossier soit complet, il faut impérativement remettre le dossier en mairie les pages 3 à 5 (complétées) ainsi que les documents à fournir (précisés en page 6).

**MODALITÉS D'INSCRIPTION**

| CANTINE ET GARDERIE  | CENTRE AERE VACANCES SCOLAIRES  | CENTRE AERE DU MERCREDI  |
|--|---|--|
| Remplir le tableau page 5<br><br>⚠ Pour toute demande de modification, adresser un mail au service périscolaire concerné 10 jours avant. | Inscription obligatoire aux dates indiquées sur le programme d'activités<br><br><b>Les programmes ne seront plus distribués</b> aux écoles, ils seront consultables en ligne sur le portail famille et le site de la mairie<br><br><b>Inscription à la semaine EN LIGNE</b> | <b>INSCRIPTION OBLIGATOIRE EN LIGNE sur votre espace famille</b> sous réserve de place disponible. Une confirmation d'inscription (ou de liste d'attente) vous sera communiquée.<br><br><b>Date d'inscription : du 13 au 17 juin 2024 à partir de 9h</b> |

**INFORMATIONS IMPORTANTES**

- **Les factures seront envoyées à l'adresse e-mail renseignée** sur la fiche de renseignements (page 3) et ne seront plus distribuées automatiquement par courrier postal. *Si vous souhaitez également la recevoir par courrier merci de contacter le service facturation.*
- **Renseigner lisiblement** en majuscule l'adresse e-mail et les numéros de téléphone.
- Prendre soin de noter **tous les PAI et les régimes alimentaires** de votre enfant.
- Même si votre enfant ne participe pas aux temps périscolaires, merci de nous retourner tout de même le dossier rempli.
- Le règlement est consultable sur le portail famille et sur le site internet, rubrique « Éducation » et/ou « Cantine et garderie »

**CONTACT (UNIQUEMENT SUR RDV)**

|   |   |
|---|---|
| <b>SERVICE PERISCOLAIRE</b><br><i>Demandes concernant la modification du planning et gestion des absences</i> | <b>MATERNELLE :</b> 06 83 99 83 40 / <a href="mailto:maternelle.acm@simiane-collongue.fr">maternelle.acm@simiane-collongue.fr</a><br><b>ELEMENTAIRE :</b> 06 83 87 97 03 / <a href="mailto:elementaire.acm@simiane-collongue.fr">elementaire.acm@simiane-collongue.fr</a> |
| <b>SERVICE FACTURATION</b><br><i>Demandes concernant le suivi des factures et le règlement</i>                | <b>CONTACT :</b> 04 42 94 91 81<br><a href="mailto:facturation.enfance@simiane-collongue.fr">facturation.enfance@simiane-collongue.fr</a>   |



PAGE À CONSERVER PAR LA FAMILLE

TARIFS DU PERISCOLAIRE

| CANTINE                       |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Enfant de la commune          | Enfant extérieur à la commune |
| 3,00€                         | 4,20€                         |
| GARDERIE                      |                               |
| MATIN                         |                               |
| Enfant de la commune          | Extérieur à la commune        |
| 1,20€                         | 2,50€                         |
| SOIR                          |                               |
| Enfant de la commune          |                               |
| 1er enfant                    | 2e enfant                     |
| 2,00€                         | 1,70€                         |
| Enfant extérieur à la commune |                               |
| 2,50€                         |                               |

| ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS |         |
|------------------------------|---------|
| JOURNEE AU CENTRE AÉRÉ       |         |
| Quotient familial            | TARIFS  |
| < 628                        | 9,50 €  |
| 628<943                      | 10,50€  |
| 943<1257                     | 11,50 € |
| 1257<1886                    | 13 €    |
| <1886                        | 14 €    |
| MERCREDI MATIN SANS REPAS    |         |
| Quotient familial            | TARIFS  |
| < 628                        | 3,35 €  |
| 628<943                      | 3,85 €  |
| 943<1257                     | 4,45 €  |
| 1257<1886                    | 4,95 €  |
| <1886                        | 5,45 €  |
| MERCREDI MATIN AVEC REPAS    |         |
| Quotient familial            | TARIFS  |
| < 628                        | 5,85 €  |
| 628<943                      | 6,45 €  |
| 943<1257                     | 7,05 €  |
| 1257<1886                    | 7,65 €  |
| <1886                        | 8,25 €  |



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**ECOLE**

Maternelle Édouard Labeille

Élémentaire Marius Roussel

**CLASSE**

Cadre réservé à l'administration

**ENFANT**

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né le : ..... / ..... / ..... à .....

Sexe :  Fille  Garçon

Nationalité : .....

ADRESSE ACTUELLE de résidence : .....

.....

Photo d'identité  
(à coller)

**REPRESENTANT LEGAL N°1**

Mme  M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE ACTUELLE : .....

.....

SITUATION FAMILIALE :  
 Mariés  Divorcés  Vie martiale  Pacsés  Célibataire  Veuf

@ ADRESSE MAIL : .....

.....

**REPRESENTANT LEGAL**

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Département : ..... Pays : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....

Profession : .....

**REPRESENTANT LEGAL N°2**

Mme  M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE ACTUELLE : .....

.....

SITUATION FAMILIALE :  
 Mariés  Divorcés  Vie martiale  Pacsés  Célibataire  Veuf

@ ADRESSE MAIL : .....

.....

**REPRESENTANT LEGAL**

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Département : ..... Pays : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....

Profession : .....

NUMERO ALLOCATAIRE : .....

**Merci d'indiquer l'adresse mail pour la facturation ici :** .....

| PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER L'ENFANT OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE |                    |           |
|---|--------------------|-----------|
| NOM-PRENOM  | LIEN AVEC L'ENFANT | TÉLÉPHONE |
|   |                    |           |
|   |                    |           |
|   |                    |           |



**FICHE SANITAIRE**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE :    /    /

**RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE :**  
 Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  Régime général     MSA     Autre (préciser)  
 Numéro allocataire : \_\_\_\_\_

| VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole  | Varicelle                    | Angine                       | Rhumatisme artic. aigu       | Scarlatine                   | Coqueluche                   | Otite                        | Rougeole                     | Oreillons                    |
| <input type="checkbox"/> OUI                         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> NON                         | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |

| VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ? |   |  |
|--|---|--|
| Asthme                                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <i>Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :</i> |
| Alimentaires                               | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |
| Médicamenteuses                            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |
| Autre ? (animaux, pollen, etc.)            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |

**VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL D'AUTRES PROBLEMES DE SANTE ?**  
*(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.)*

OUI     NON  
 Si oui lequel, précisez la conduite à tenir :

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES APPAREILS MÉDICAUX ?**  
*(lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.)*

OUI     NON  
 Si oui lequel, précisez la conduite à tenir :

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|-----------------------|
| Diphtérie            |     |     |                       |
| Tétanos              |     |     |                       |
| Poliomyélite         |     |     |                       |

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

| VACCINS RECOMMANDES          | DATE RAPPELS |
|------------------------------|--------------|
| Coqueluche                   |              |
| Haemophilus                  |              |
| Rubéole, Oreillons, Rougeole |              |
| Hépatite B                   |              |
| Pneumocoque                  |              |
| BCG                          |              |
| Autres (préciser)            |              |

**EXAMENS MEDICAUX**



INSCRIPTIONS ET AUTORISATIONS

|                            |   |                     |   |
|----------------------------|---|---------------------|---|
| <b>BESOINS SPECIFIQUES</b> | <b>VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE DE :</b>  | <b>INSCRIPTIONS</b> | <b>INSCRIPTION À LA GARDERIE :</b>  |
|                            | <input type="checkbox"/> Un régime sans porc<br><input type="checkbox"/> Un régime sans viande<br><input type="checkbox"/> Un PAI <b>sans</b> panier repas<br><input type="checkbox"/> Un PAI <b>avec</b> panier repas<br><input type="checkbox"/> Une Auxiliaire de vie scolaire (AVS)<br><input type="checkbox"/> Une prise en charge par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) |                     | <b>Matin (7h30-8h10) :</b><br><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi<br><br><b>Soir (16h30-18h30) :</b><br><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi |
|                            |   |                     | <b>INSCRIPTION À LA CANTINE :</b>   |
|                            |   |                     | <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi<br><br><i><b>Si votre enfant bénéficie d'un planning particulier, communiquer celui-ci 1 mois à l'avance au service périscolaire.</b></i>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>AUTORISATIONS</b>  | J'autorise que mon enfant soit photographié lors des temps périscolaires (cantine, garderie, centre aéré) et la diffusion de son image sur les supports Web et papier de la mairie de Simiane-Collongue. | <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON |
|   | Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique d'une activité sportive et à l'avis en collectivité.  | <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON |
|   | Autorise mon enfant à participer aux temps de baignades des centres aérés (période estivale).  | <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON |
|   | Déclare avoir souscrit une assurance extrascolaire.<br>Société :                      Numéro de police :   |  |
| <b>EN SIGNANT CE DOSSIER JE RECONNAIS AVOIR COMPRIS ET J'ACCEPTÉ (QUE) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Seules les absences justifiées par un certificat médical transmis le jour même, seront retirées de la facture. Les absences non justifiées par certificat médical ne seront prises en compte.</b></li> <li>➤ En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté et la famille est immédiatement avertie par le service périscolaire.</li> <li>➤ Toute demande de changement du planning (centre aéré, cantine, etc.) ne sera prise en compte qu'au début de chaque période de facturation. La facturation se fera en fonction du planning indiqué sur ce dossier.</li> <li>➤ En cas d'absence de l'avis d'imposition, le tarif maximum sera appliqué.</li> <li>➤ Je m'engage à m'acquitter de toutes les sommes dues.</li> <li>➤ Les factures sont envoyées à l'adresse e-mail indiquée sur la fiche de renseignements et ne seront plus distribuées par courrier postal. Si vous souhaitez également la recevoir par courrier merci de contacter le service facturation. Les factures sont consultables sur votre espace famille.</li> <li>➤ J'autorise mon enfant à être transporté en bus dans le cadre des sorties péri et extrascolaires.</li> <li>➤ A participer aux activités proposées par le service périscolaire.</li> <li>➤ Le règlement périscolaire.</li> <li>➤ Le pôle enfance jeunesse est indépendant de l'école, toutes les pièces demandées dans ce dossier doivent être fournies, même si elles ont déjà été remises à l'école.</li> </ul> |  |  |

Nous soussignés ..... et .....  
 responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur ce dossier et nous nous engageons à informer le service périscolaire de tout changement qui interviendrait en cours d'année.

Date :    /    / 2024                      Signature des responsables légaux :



**DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION**

**PARTIE RESERVÉE À L'ADMINISTRATION NE PAS REMPLIR**

Dossier remis à :  
Date :

Dossier saisi par :  
Date :

| DOCUMENTS À FOURNIR  | PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION<br>NE PAS COCHER MERCI |
|--|---|
| <b>Fiche de renseignements et Fiche sanitaire de liaison</b><br><i>(pages 3 à 6, les pages 1 et 2 doivent être conservées par la famille)</i>  | <input type="checkbox"/>                                  |
| <b>Attestation d'assurance extrascolaire pour l'année 2024-2025</b><br><i>Attention la mention « attestation d'assurance extrascolaire » doit figurer clairement sur le document. Les attestations de responsabilité civile seules, les assurances habitations, de véhicule, etc. ne sont pas recevables).</i> | <input type="checkbox"/>                                  |
| <b>Une photocopie des vaccinations (même si vous remplissez la fiche sanitaire)</b>  | <input type="checkbox"/>                                  |

**POUR LES PARENTS DIVORCÉS ET/OU SÉPARÉS**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Extrait du jugement</b> définissant la fixation de l'autorité parentale et le lieu de résidence de l'enfant. | <input type="checkbox"/> |
| <b>Le calendrier de garde</b> en cas de résidence alternée.   | <input type="checkbox"/> |

**UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS SOUHAITANT S'INSCRIRE AU CENTRE AÉRÉ**

Pour le calcul du tarif applicable

|  |   |
|--|---|
| <b>Avis d'imposition 2023 complet</b><br><i>Attention fournir toutes les pages</i><br><br><i>En l'absence d'avis d'imposition, le tarif maximum sera appliqué.</i> | <input type="checkbox"/> AI du couple<br><input type="checkbox"/> AI du père et de la mère<br><input type="checkbox"/> AI du responsable légal (si parent seul, avec justificatif indiquant la garde intégrale) |
| <b>Attestation CAF</b>   | <input type="checkbox"/>  |