



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

Accueils collectifs de mineurs - ACM :

- Mercredis
- Garderie Périscolaire
- Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans
- Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans

ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Sexe : M F

Né(e) le : à

REPRÉSENTANT LÉGAL 1 : Lien avec l'enfant : Mère Père Tuteur, tutrice

Nom :

Prénom(s) :

Situation familiale : célibataire marié(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) veuf, veuve

Adresse du domicile :

☎ domicile : ☎ portable :

☎ professionnel :

@

ORGANISME VERSANT LES PRESTATIONS FAMILIALES :

CAF numéro d'allocataire :

Autre préciser :

SITUATION ACTUELLE :

en activité en recherche d'emploi sans activité en invalidité retraité(e)

ACTIVITE :

agriculteur/exploitant artisan, commerçant, chef d'entreprise cadre employé ouvrier

autre préciser :

REPRÉSENTANT LÉGAL 2 : Lien avec l'enfant : Mère Père Tuteur, tutrice

Nom :
 Prénom(s) :

Situation familiale : célibataire marié(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) veuf, veuve

Adresse du domicile :

☎domicile :
 ☎professionnel :
 @

☎mobile :

ORGANISME VERSANT LES PRESTATIONS FAMILIALES :

CAF numéro d'allocataire :
Autre préciser :

SITUATION ACTUELLE :

en activité en recherche d'emploi sans activité en invalidité retraité(e)

ACTIVITE :

agriculteur/exploitant artisan, commerçant, chef d'entreprise cadre employé ouvrier
autre préciser :

PERSONNES HABILITÉES À PRENDRE EN CHARGE L'/LES ENFANT(S) :

Nom - Prénom	☎domicile	☎travail	☎mobile	Lien de parenté

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : OUI (remplir l'autorisation et joindre un RIB) NON

ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE :

Compagnie :
 Numéro de contrat :

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR :

- attestation d'assurance extra-scolaire valable pour toute l'année scolaire
- attestation employeur du/des représentants légaux
- copie des vaccinations à jour ou certificat médical de contre-indication
- en cas de projet d'accueil individualisé, un exemplaire signé
- attestation de paiement à jour délivrée par le Trésor Public
- attestation de la CAF (aide au temps libre ATL)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la garde de votre enfant. Veuillez la remplir à l'aide de son carnet de santé et si besoin de son médecin.

Accueils collectifs de mineurs - ACM :

- **Mercredis**
- **Garderie Périscolaire**
- **Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans**
- **Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans**

ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Sexe : M F

Né(e) le : à

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Agissant en qualité de père / mère / représentant légal (*rayer la mention inutile*).

Adresse du domicile :
.....
.....
.....

domicile : portable :

professionnel :

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Coordonnées téléphoniques :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUXVaccinations :

§ Obligatoires : Poliomyélite – diphtérie – tétanos

§ Conseillés : Coqueluche – Haemophilus – rougeole – oreillons – rubéole – hépatite B – pneumocoque – méningite C – BCG

VACCINS PRATIQUES	DATES			RAPPELS
	1	2	3	
DTP	1	2	3	
PENTACOP OU PENTAVAC OU INFANRIX	1	2	3	
ROR OU PRIORIX	1	2	3	
HEPATITE B	1	2	3	
BCG				
DATE ET RESULTAT DU DERNIER TEST				

Indiquer les principales maladies et interventions chirurgicales en précisant leur date :

.....

.....

.....

Centre Intercommunal d'Action Sociale de L'île-Rousse - Balagne
 Résidence Isola Celeste Avenue Pierre Pasquini
 20 220 L'île-Rousse

☎ 04.95.36.76.47 - 04.95.46.82.48
 Site internet www.cias5p.fr

Allergies (médicamenteuses, alimentaires, respiratoires ou autres) :

.....

Médicaments contre indiqués :

.....

Actuellement, l'enfant suit il un traitement : OUI NON

Si oui, lequel ?

.....

Précautions à prendre relatives aux difficultés de santé signalées (régime alimentaire spécifique par exemple)

.....

La prise de médicament est réservée à des cas précis de maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie) et à ses éventuelles urgences. Dans ce cas un projet d'accueil individuel doit être établi afin de permettre une prise en charge individuelle d'un enfant porteur d'une maladie chronique, d'une allergie, d'un handicap.

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, etc.)

.....

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

- Déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- M'engage à informer par écrit l'ACM, de toute modification pouvant intervenir en cours d'année.

Le
 A

Signature du père, de la mère ou du représentant légal

(rayer la mention inutile)



COORDONNÉES DES PARENTS OU DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Accueils collectifs de mineurs - ACM :

- **Mercredis**
- **Garderie Périscolaire**
- **Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans**
- **Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans**

Père :

☎

Mère :

☎

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (autre que les parents)

-
-
-
-
-
-



AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION D'URGENCE

Accueils collectifs de mineurs - ACM :

- **Mercredis**
- **Garderie Périscolaire**
- **Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans**
- **Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans**

Je soussigné(e),
agissant en qualité de père, de mère ou de représentant légal (*rayez la mention inutile*) de l'enfant
(nom et prénom)

Autorise le représentant du Centre Intercommunal d'Action Sociale de L'Île-Rousse - Balagne, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'accident de l'enfant susnommé.

Lu et approuvé
(mention manuscrite)

Le
A

Signature du père, de la mère ou du représentant légal
(*rayez la mention inutile*)



AUTORISATION PARENTALE DROIT À L'IMAGE

Accueils collectifs de mineurs - ACM :

- **Mercredis**
- **Garderie Périscolaire**
- **Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans**
- **Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans**

Dans le cadre de nos activités, votre enfant peut être amené à figurer sur des supports médiatiques (journal de la région qui parfois peut être amené à éditer un article sur l'ACM ou autres).

- J'autorise
- Je n'autorise pas

mon enfant (*nom/prénom*) à paraître sur des supports médiatiques.

Les photos prises à l'accueil collectif de mineurs de votre enfant, sont la propriété de l'ACM du Centre Intercommunal d'Action Sociale, aussi je m'engage à **ne pas les diffuser** sur l'ensemble des réseaux sociaux ou tout autre support informatique ou papier.

A, le

Signature obligatoire :



RÈGLEMENT DES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

Les accueils collectifs de mineurs reçoivent les enfants à la journée ou à la demi-journée. Ils sont ouverts les mercredis et pendant les vacances scolaires **à l'exclusion des vacances de Noël.**

LES INSCRIPTIONS SONT FERMES ET DÉFINITIVES. Les annulations seront facturées dans le cadre d'un délai de carence de 3 jours ouvrés, sauf en cas de maladie (sur présentation d'un certificat médical).

INFORMATIONS SUR LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS :

Accueil collectif de mineurs 3 - 5 ans

Ecole Maternelle "Le petit prince" 20 220 L'Île-Rousse / Été Camping municipal de Belgodère
Contact : 06.75.89.69.11

HORAIRES	
Mercredis	8h-12h ou 13h30-18h ou 8h-18h
Vacances scolaires	8h-12h ou 13h30-18h ou 8h-18h

Accueil collectif de mineurs 6 - 12 ans

Ecole Élémentaire "Albert Camus" 20 220 L'Île-Rousse / Été Camping municipal de Belgodère
Contact : 06.75.23.46.68

HORAIRES	
Mercredis	8h-12h ou 13h30-18h ou 8h-18h
Vacances scolaires	8h-12h ou 13h30-18h ou 8h-18h

FONCTIONNEMENT

L'accueil se fait de 8h à 9h30 pour les 3 - 5 ans et de 8h à 9h pour les 6 -12 ans. En dehors de ces horaires, l'accès aux ACM est interdit.

A son arrivée, l'enfant doit être obligatoirement accompagné d'un adulte et confié à un responsable. Au départ, les parents devront venir chercher leur(s) enfant(s) dans l'enceinte du site. Le dossier sera complété par le représentant légal, qui fournira aussi les pièces nécessaires à l'inscription.

En cas de sortie ou de mini-séjour, le CIAS se réserve le droit de demander une participation supplémentaire aux parents.

Les enfants seront inscrits à l'avance et les parents devront prévenir en cas de désistement ou d'impossibilité.

Les ACM pourront être exceptionnellement fermés pour cause de stage, de formation ou de travaux.

Les heures et jours de présence sont comptabilisés chaque fin de mois, afin de permettre la facturation. Le paiement devra être effectué **avant le 10 du mois suivant**, par prélèvement ou par chèque à l'ordre du Trésor Public ou espèces au guichet du Trésor Public (Immeuble Napoléon Avenue Joseph Calizi 20 220 L'Ile-Rousse). Le retard de paiement faisant l'objet d'un titre de relance du Trésor Public entraînera une exclusion temporaire voire définitive de l'enfant.

TARIF pour les accueils collectifs de mineurs (3-5 ans et 6-12 ans)	
Demi-journée	
Quotient familial	Participation familiale
650	6€
de 471 à 650	5.85€
de 331 à 470	5.80€
de 0 à 330	5.75€
Sortie bus	3.50€

TARIF pour les accueils collectifs de mineurs (3-5 ans et 6-12 ans)		
Journée		
Quotient familial	Participation familiale	Participation familiale en cas d'inscription 5 jours consécutifs et +
650	11€	11€
de 471 à 650	10.50€	7.50€
de 331 à 470	10.25€	3.25€
de 0 à 330	10€	1€
Sortie bus	3.50€	

RÈGLES DE VIE EN COLLECTIVITÉ À RESPECTER

- Les groupes n'attendent pas les retardataires. L'enfant en retard intégrera un autre groupe dans la mesure du possible.
- Les enfants sont tenus de rester dans l'enceinte du site.
- Ils doivent observer une attitude correcte vis-à-vis des autres enfants, des animatrices et animateurs.

- Pour des raisons de sécurité, les bijoux, les téléphones portables, les jeux électroniques, l'argent de poche **SONT FORMELLEMENT INTERDITS. En cas de perte ou de vol, le CIAS décline toute responsabilité.**
- Pour le bien-être de tous, il est demandé aux parents de veiller à l'hygiène quotidienne de leur(s) enfant(s). Dans le cadre de la lutte anti-poux, nous recommandons aux parents de contrôler régulièrement la tête de leur(s) enfant(s), et au besoin de faire des traitements.
- Dans le sac de l'enfant, il faudra prévoir une casquette ou un chapeau ou un vêtement de pluie (en fonction de la saison), une petite bouteille d'eau ; le tout étiqueté à son nom.
- **La mauvaise conduite d'un enfant fera l'objet d'un avertissement adressé à la famille, une mesure d'exclusion temporaire ou définitive pourra être prise si aucune amélioration n'est constatée.**
- Les parents s'engagent à venir récupérer leur(s) enfant(s), s'ils sont appelés par le personnel des ACM, dans le cas de symptômes justifiant un retour à domicile.

PROTOCOLE POUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Le repas est fourni par les parents, mis dans une boîte hermétique marquée au nom de l'enfant, dans une glacière.

Seuls les repas froids seront acceptés (sandwiches, salades...)

Le présent règlement pourra être modifié en fonction de l'évolution des accueils collectifs de mineurs.

Je soussigné(e),
certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter dans son intégralité.

Le :

A :

Signature :

En signant ce formulaire vous autorisez LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DU BASSIN DE VITTEL (ILE-ROUSSE) avec ses mandataires
à votre banque pour débits votre compte, et votre banque à débits votre compte pour le prélèvement automatique de votre commune. LA COMMUNAUTE DE
COMMUNES DE L'ILE-ROUSSE-BELVACELLE
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque si vous n'avez pas de compte dans la commune. Une convention de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant l'échéance de début de votre compte pour un paiement mensuel ;
- sous peine de suspension plus tard dans les 15 mois en cas de prélèvement de crédit et résiliation du contrat par la banque si vous n'avez pas de compte
de votre commune. Vous pouvez obtenir copie de votre fiche.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Titulaire _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____ Pays _____

COORDONNEES DE VOTRE COMPTE

IBAN FR _____
Numéro d'Identification International du Compte Bancaire
BIC _____
Code International d'Identification de votre Banque
Domiciliation _____

NOM IDENTIFIANT ET ADRESSE DU CREANCIER

CCIRB - CIAS

Résidence Isola Céleste – Boulevard Pierre Pasquini- 20220 l'ILE-ROUSSE

N NATIONAL
EMETTEUR

579928

Type de paiement Paiement récurrent/répétitif paiement ponctuel

SIGNATURE

Je reconnais avoir pris connaissance que l'obligation d'information légale quant au montant et à la date du prélèvement sera mentionnée sur l'avis d'échéance reçu chaque début de mois.

Fait à le

Signature(e)

DOCUMENT A JOINDRE
Relevé d'Identité Bancaire ou Postale
(R.I.B.) (R.I.P.) (R.I.C.E)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complète, sont destinées à 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.

A retourner à : **CCIRB - CIAS**
Résidence Isola Céleste – Boulevard Pierre Pasquini – 20220 l'ILE-ROUSSE

