

DOSSIER D'INSCRIPTION

RESTAURANT SCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE

ANNEE 2025/2026

- *Pièces à fournir obligatoirement au dossier :
- Certificat d'assurance scolaire/périscolaire
 - Photocopie du carnet de vaccinations
 - Fiche sanitaire à compléter obligatoirement
 - PAI

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Ecole scolaire :	
Classe :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE*	
Assureur :	
Num de police :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1 (porteur du n° allocataire)	Responsable 2
Nom : MR/MME (entourez)	Nom : MR/MME (entourez)
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire/Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/ Union libre/ Pacs (Entourez)	Situation familiale : Célibataire/Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/ Union libre/ Pacs (Entourez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père/Mère/ Autre (Précisez)	Type : Père/Mère/ Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro :	Tél. Pro :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT			
Contact 1		Contact 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type :		Type :	
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

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT			
Contact 3		Contact 4	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type :		Type :	
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 datée 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 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 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
Sorties : Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure	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

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité
Dr :		

Allergies
PAI : NOM : OUI / NON

Pratiques alimentaires
Type de régime :

En cas de PAI (projet d'accueil individuel), une copie signée par le(s) représentant(s) légal(aux) ainsi que le médecin traitant, doit être transmise au Directeur de structure.

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

INSCRIPTION AUX ACTIVITES	
Restaurant scolaire Demi Pensionnaire (4jrs :Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi)	Restaurant scolaire Occasionnellement
<input type="checkbox"/> OUI ; <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI ; <input type="checkbox"/> NON

Périscolaire MATIN	Périscolaire SOIR	Périscolaire Mercredi*
<input type="checkbox"/> OUI ; <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI ; <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI ; <input type="checkbox"/> NON

*: L'inscription définitive dépendra du nombre de places disponibles et du besoin de garde des familles. Les inscriptions ne pouvant être satisfaites feront l'objet d'une liste d'attente.

Les réservations pour le mercredi se font via le site internet BL enfance. Un code d'accès sera donné aux familles qui auront inscrit leur enfant, pour leur première connexion.

PROTECTION DES DONNEES

Les personnels administratifs ainsi que les personnes en charge de votre enfant, auront accès aux données administratives que vous nous transmettez afin d'établir la facturation au plus juste, assurer la protection de votre enfant...

L'obligation administrative légale est de conserver ces éléments durant 10 ans minimum. À tout moment, vous pouvez accéder aux informations que vous nous avez transmises, vous pouvez les rectifier ou nous demander de les effacer.

Dans ce dernier cas, ne pouvant plus assurer nos obligations légales d'organisateur de périscolaire et ALSH, nous ne pourrions plus accueillir votre enfant.

Vous pouvez exercer vos droits sur vos données en contactant le délégué à la protection des données à :

- ATD 24 , 2 place Hoche 24000 PERIGUEUX ou dpd.mutualise@atd24.fr

AUTORISATIONS D'ACCES AUX DONNEES ADMINISTRATIVES

En partenariat avec la Caisse d'Allocations Familiales, et grâce à l'application API Partenaire, nous avons la possibilité d'accéder, via votre numéro d'allocataire, aux données de votre quotient familial. Ce numéro est indispensable pour le calcul de votre participation financière lors de l'utilisation de nos services.

Par ce moyen, vous n'avez plus à vous soucier d'effectuer la démarche. Le coefficient est directement téléchargé depuis la CAF vers notre logiciel de facturation et le calcul du prix facturé sera chaque année, au plus juste.

AUTORISATION CAF

<input type="checkbox"/> Autorise(nt) l'accès aux données administratives, les concernant. Numéro allocataire CAF* ³ (Nom du responsable 1):	<input type="checkbox"/> N'autorise(nt) pas l'accès à leurs données, dans ce cas la structure d'accueil se verra appliquer le tarif le plus élevé, comme indiqué dans la délibération n°024-212402663-20220523-DE en date du 23 mai 2024.
--	--

Concernant les familles MSA.

MSA

<input type="checkbox"/> Accepte(nt) une tarification suivant le quotient familial. <u>Joindre l'attestation du Quotient Familial à l'inscription et à chaque début d'année civile.</u>	<input type="checkbox"/> N'Accepte(nt) pas de fournir ce document, dans ce cas la structure d'accueil se verra appliquer le tarif le plus élevé, comme indiqué dans la délibération n°024-212402663-20220523-DE en date du 23 mai 2024.
---	--

TARIFICATION/ AIDES SPECIFIQUES

Les familles bénéficiant de l'aide aux temps libres ATL, doivent impérativement nous fournir le document « **Notification d'aides aux temps libres** ». Elles concernent les familles dont le quotient familial est inférieur à 800€. Sans celui-ci, les aides ne pourront être déduites de la facturation.

Ce document est à remettre à l'inscription de l'enfant et en janvier de chaque nouvelle année. Ces aides sont attribuées en années civiles, il est impératif de transmettre à nouveau ce document en janvier de chaque année.

ATTESTATION

Nous soussignés (*2), Mr et/ou Mme :
Responsables légaux de l'enfant (*2) :
<ul style="list-style-type: none">- Nous certifions avoir lu et accepté le règlement intérieur de la structure, celui du restaurant scolaire, ainsi que les informations sur la protection des données, disponibles sur le site de la Mairie de Mensignac. Nous nous engageons à les consulter à chaque rentrée scolaire.- Avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de paiement,- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant ce dossier,- 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,- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire,- Acceptons que ces données soient traitées,

En cas de refus des informations et documents demandés, la commune peut refuser, pour des raisons de responsabilité, l'accès à la structure.

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

*2 : A remplir obligatoirement



Mairie de MENSIGNAC

à Mensignac, le 28/06/2019

**AVEC LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE,
VOS REGLEMENTS EN TOUTE TRANQUILITE !**

Madame, Monsieur,

Pour faciliter les démarches de ses administrés, la municipalité vous propose désormais de prélever sur votre compte bancaire ou postal, la facture mensuelle regroupant :

- Cantine, Garderie, ALSH du mercredi

Le prélèvement automatique est en effet, un moyen de paiement :

Sûr : vous n'avez plus de courrier à envoyer. Vous êtes sûr de payer à la date limite de paiement indiquée sur votre facture sans risque de retard, même lorsque vous êtes absent.

Simple : vos factures vous sont adressées comme par le passé ; vous connaîtrez à l'avance, la date et le montant exact du prélèvement. Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement sera automatiquement reconduit.

Souple : vous changez de compte ou d'agence bancaire ou postale ... un simple coup de fil à la mairie pour avertir mes services et leur transmettre votre nouveau RIB par courrier. Vous souhaitez renoncer à votre contrat, informez-en les services municipaux, par simple lettre 1 mois avant la prochaine échéance.

COMMENT FAIRE ?

Il vous suffit de nous retourner simplement l'autorisation de prélèvement complétée et signée, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB).

Vous bénéficierez ainsi du prélèvement automatique dès votre prochaine facture.

En espérant que cette nouvelle proposition de règlement recueillera votre adhésion, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur mes salutations les meilleures.

Le Maire,
Véronique CHABREYROU

Place du Général de Gaulle 24350 MENSIGNAC

Tél 05.53.05.17.16

compt@mensignac@orange.fr

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER). 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.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR XX ZZZ NNNNNN

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Mairie de MENSIGNAC

Adresse : Place du Général de Gaulle

Code postal : 24350 MENSIGNAC

Ville : TEL: 05.53.05.17.15

Pays : mail: accueil@mairiemensignac.fr

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

| | | | | | | | | | (| | |)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **Y**

Paiement ponctuel **Y**

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

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 (NOM DU CREANCIER). 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 (NOM DU CREANCIER).

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.

TARIFS ALSH PERISCOLAIRE MENSIGNAC ET CANTINE 2025/2026

	PERICOLAIRE		ALSH MERCREDI						
QUOTIENT FAMILIAL	FORFAIT PRESENCE DU MATIN	FORFAIT PRESENCE DU SOIR	MERCREDI 1/2 JOURNEE AVEC REPAS 7H-13H30 OU 11H30-18H30			MERCREDI JOURNEE			
TRANCHE 1 QF 0€ A 400€	0,55 €	0,85 €	SANS ATL* 5,50€	AVEC ATL 3,50€	AVEC ATL et AEEH (*1) (aide enfant handicapé) 2,50€	SANS ATL 6,50€	AVEC ATL 2,50€	AVEC ATL et AEEH (aide enfant handicapé) 0,50€	
TRANCHE 2 QF 400,01€ A 800€	0,60 €	0,90 €	SANS ATL 6,00€	AVEC ATL 4,50€	AVEC ATL et AEEH (aide enfant handicapé) 3,50€	SANS ATL 7,00€	AVEC ATL 4,00€	AVEC ATL et AEEH (aide enfant handicapé) 2,00€	
TRANCHE 3 QF 800,01€ A 1000€	0,65 €	1,00 €	7,00 €			9,00 €			
TRANCHE 4 QF 1000,01€ A 1200€	0,70 €	1,10 €	8,00 €			10,50 €			
TRANCHE 5 QF 1200,01€ ET +	0,75 €	1,15 €	9,00 €			12,00 €			
SUPPLEMENTS			1,50€/ demi-journée/ enfant hors commune et/ou hors école de Mensignac						

*ATL : Aides aux Temps libres

(*1) AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

TARIFS RESTAURANT SCOLAIRE	
Repas occasionnel enfant	2.75€
Repas pour demi-pensionnaire	2.65€

Pour le Mercredi toute annulation devra se faire au plus tard 2 jours avant (le lundi précédent) afin de ne pas être facturé.

Tout dépassement d'horaire d'ouverture de l'ALSH Périscolaire sera facturé en plus du forfait choisi par la famille :

- Dépassement jusqu'à 15 minutes : 2 € / par enfant
- Dépassement jusqu'à 20 minutes : 3 € / par enfant
- Dépassement jusqu'à 30 minutes : 5 € / par enfant



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :