



# INSCRIPTIONS

Pour que votre enfant participe aux différents temps périscolaires, ce dossier doit être dûment complété, accompagné des documents demandés et remis au Pôle Éducation - Animation de la Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise au plus tard :

**le 12 août 2024**

## CONTACT & LIENS UTILES

Coordinatrice périscolaire :

**Madame CARRIÈRE Peggy**

[peggy.carriere@cc-argonnechampenoise.fr](mailto:peggy.carriere@cc-argonnechampenoise.fr)

07.57.06.46.41

**ONE** : <https://oneconnect.opendigitaleducation.com>

**Site CCAC** : <https://www.argonnechampenoise.fr>

## HORAIRES

- 7h30 - 9h00 Accueil du matin
- 12h00 - 14h00 Temps méridien/Restauration
- 17h00 - 18h00 Accueil du soir



## Dossier Périscolaire VILLERS 2024-2025



Ce dessin a été réalisé par un enfant de l'école de VILLERS  
sur le thème : Mon école en couleurs

### DOCUMENTS À FOURNIR :

- Copie des vaccins de votre enfant
- N° allocataire CAF ou attestation de Quotient Familial MSA (pour les tarifs)
- Copie de l'assurance périscolaire

Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise  
Pôle Éducation-Animation  
50 Avenue de Pertison  
51800 STE-MÉNEHOULD

Nous contacter :

Mail : [jeunesse@cc-argonnechampenoise.fr](mailto:jeunesse@cc-argonnechampenoise.fr) - Tél : 03.26.60.45.04



## TARIFS PÉRISCOLAIRES (Selon Quotient Familial)

### Tarifs des ACCUEILS PÉRISCOLAIRES MATIN ET SOIR :

| TARIFS en € | Tranche 1<br>QF de<br>0 à 499,99 | Tranche 2<br>QF de<br>500 à 899,99 | Tranche 3<br>QF de<br>900 à 1399,99 | Tranche 4<br>QF 1400 et +<br>ou non fourni | Supplément<br>Retard |
|-------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| ½ heure     | 0,30                             | 0,40                               | 0,50                                | 0,60                                       | 5,00                 |

### Réduction de 20% à partir du deuxième enfant et pour les suivants :

| TARIFS en € | Tranche 1<br>QF de<br>0 à 499,99 | Tranche 2<br>QF de<br>500 à 899,99 | Tranche 3<br>QF de<br>900 à 1399,99 | Tranche 4<br>QF 1400 et +<br>ou non fourni | Supplément<br>Retard |
|-------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| ½ heure     | 0,24                             | 0,32                               | 0,40                                | 0,48                                       | 5,00                 |

### Tarifs de la RESTAURATION :

| TARIFS en €                     | Tranche 1<br>QF de<br>0 à 499,99 | Tranche 2<br>QF de<br>500 à 899,99 | Tranche 3<br>QF de<br>900 à 1399,99 | Tranche 4<br>QF 1400 et +<br>ou non fourni | Supplément<br>Non-respect du<br>délai |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| Repas                           | 4,00                             |                                    |                                     |                                            | 3,00                                  |
| Animation<br>autour du<br>repas | 1,20                             | 1,40                               | 1,60                                | 1,80                                       |                                       |

### Réduction de 20% à partir du deuxième enfant et pour les suivants :

| TARIFS en €                     | Tranche 1<br>QF de<br>0 à 499,99 | Tranche 2<br>QF de<br>500 à 899,99 | Tranche 3<br>QF de<br>900 à 1399,99 | Tranche 4<br>QF 1400 et +<br>ou non fourni | Supplément<br>Non-respect du<br>délai |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| Repas                           | 4,00                             |                                    |                                     |                                            | 3,00                                  |
| Animation<br>autour du<br>repas | 0,96                             | 1,12                               | 1,28                                | 1,44                                       |                                       |

Une aide du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune peut être accordée.  
Rapprochez-vous de votre Mairie.

La facturation des prestations est mensuelle, le paiement se fait via Internet(site Payfip) ou auprès d'un buraliste/partenaire agréé, liste consultable sur :  
<http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite>

Si un changement intervenait après la remise de ce dossier, les parents doivent en aviser la directrice périscolaire dans les meilleurs délais ou procéder aux modifications via le Portail Famille.

N'oubliez pas de prendre connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique afin de connaître l'organisation de l'accueil.

Pour toutes questions, nous restons à votre disposition.

Le Pôle Éducation-Animation.



**Dossier d'inscription aux temps**  
**périscolaires**  
**École de VILLERS**  
**Année scolaire 2024-2025**

**INFORMATIONS SUR**  
**L'ENFANT**

Nom et prénom :

Né(e) le :

Genre :

Masculin ☐

Féminin ☐

Lieu de résidence de l'enfant :

Enseignant :

Photo récente

**Mon enfant va faire sa rentrée scolaire 2024/2025 en :**

- Maternelle : ☐ Petite Section ☐ Moyenne Section ☐ Grande Section  
- Élémentaire : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

**INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES**

*(Merci de cocher les cases auxquelles vous souhaitez inscrire votre enfant)*

|                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accueil du MATIN -7h30/9h00</b>   | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>RESTAURATION – 12h00/14h00</b>    | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>Accueil du SOIR – 17h00/18h00</b> | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |

**AUTORISATIONS**

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| J'autorise le personnel d'animation à photographier/filmer mon enfant et à utiliser ces supports pour des activités ?                                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| J'autorise l'utilisation de ces supports (photos et/ou vidéos) sur :                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Plateforme ONE<br><input type="checkbox"/> Site internet de la CCAC<br><input type="checkbox"/> Facebook de la CCAC<br><input type="checkbox"/> Presse locale |
| J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans les locaux et à l'extérieur ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| J'autorise le personnel d'animation à maquiller mon enfant ?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| J'autorise le personnel d'animation à se déplacer en minibus avec mon enfant ?                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| Mon enfant sait-il nager ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |
| J'autorise mon enfant à aller à la piscine ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                              |

## SÉCURITÉ

Je mentionne ci-dessous les personnes autorisées à récupérer mon enfant à la sortie des activités (une CNI peut être demandée)  
*(Aucune personne non mentionnée ne pourra récupérer votre enfant si vous ne nous l'avez pas signalée)*

| NOM - PRÉNOM | ADRESSE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | LIEN |
|--------------|---------|---------------------|------|
|              |         |                     |      |
|              |         |                     |      |
|              |         |                     |      |

## SANTÉ

### MALADIES

(si votre enfant a déjà eu une de ces maladies, merci de cocher la case ou les cases correspondantes)

- |                                     |                                     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Rougeole   | <input type="checkbox"/> Rubéole   |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Otite     |

Difficultés de santé/ Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, auditif, difficulté du sommeil etc.) : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ **OUI** (si oui, lequel .....)  
*Fournir photocopie de l'ordonnance médicale*  
☐ **NON**

### VACCINS\*

Merci de fournir la photocopie des vaccinations

### ALLERGIES

- |                                       |                                          |
|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses |
| <input type="checkbox"/> Asthme       | <input type="checkbox"/> Autres : .....  |
| <input type="checkbox"/> Animaux      |                                          |

L'enfant possède-t-il un PAI ? ☐ **OUI** (*Joindre le protocole*)\* ☐ **NON**  
*(un enfant ayant une allergie alimentaire, ne pourra être accueilli en restauration scolaire que s'il possède un PAI validé par un médecin scolaire)*

### HANDICAP

Votre enfant possède-t-il une reconnaissance MDPH ?  
☐ **OUI** ☐ **NON**

### RÉGIME ALIMENTAIRE

- ☐ Repas standard ☐ Repas sans porc ☐ PAI (panier repas fourni par la famille)

### MÉDECIN TRAITANT

(nom, adresse, numéro de téléphone)

## ASSURANCE\*

Joindre la copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire de votre enfant

Les parents ou représentants légaux :

- Déclarent exacts les renseignements portés sur ce dossier
- Reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur

En cas d'accident ou d'incident, autorisent le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Date : ...../...../.....

Signature du ou des responsable(s) légal(aux)

**Dossier d'inscription aux temps**  
**périscolaires**  
**École de VILLERS**  
**Année scolaire 2024-2025**

**INFORMATIONS SUR LES**  
**RESPONSABLES LÉGAUX<sup>1</sup>**

|                                                                                                                                              |                                            |                                                                                                                        |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mariés/Pacsés                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil | <input type="checkbox"/> Veuf(Ve)                                                                                      | <input type="checkbox"/> Séparés                                 |
| <input type="checkbox"/> Monoparentale                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Concubinage       | <input type="checkbox"/> Divorcés<br><i>Merci de nous fournir la copie du jugement relative à la garde des enfants</i> | <i>En cas de garde alternée, merci de préciser le calendrier</i> |
| <b>RESPONSABLE 1</b>                                                                                                                         |                                            | <b>RESPONSABLE 2</b>                                                                                                   |                                                                  |
| <u>Lien de parenté avec l'enfant :</u>                                                                                                       |                                            | <u>Lien de parenté avec l'enfant :</u>                                                                                 |                                                                  |
| Nom :                                                                                                                                        |                                            | Nom :                                                                                                                  |                                                                  |
| Prénom :                                                                                                                                     |                                            | Prénom :                                                                                                               |                                                                  |
| Adresse* :                                                                                                                                   |                                            | Adresse* :                                                                                                             |                                                                  |
| CP/ Commune :                                                                                                                                |                                            | CP/ Commune :                                                                                                          |                                                                  |
| Tél. Domicile :                                                                                                                              |                                            | Tél. Domicile :                                                                                                        |                                                                  |
| Tél. Portable* :                                                                                                                             |                                            | Tél. Portable* :                                                                                                       |                                                                  |
| Tél. Travail :                                                                                                                               |                                            | Tél. Travail :                                                                                                         |                                                                  |
| Email* :                                                                                                                                     |                                            | Email* :                                                                                                               |                                                                  |
| Profession :                                                                                                                                 |                                            | Profession :                                                                                                           |                                                                  |
| Employeur :                                                                                                                                  |                                            | Employeur :                                                                                                            |                                                                  |
| <u>Merci d'adresser la facture*</u> : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |                                            |                                                                                                                        |                                                                  |

Nombre d'enfant à charge

N° d'allocataire CAF **ou attestation MSA\***

(nécessaire pour établir le tarif de facturation)

<sup>1</sup> \* Champs et documents obligatoires