



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

07.57.06.46.41

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

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

HORAIRES

- 7h30 - 8h25 Accueil du matin
- 11h25 -13h25 Temps méridien/Restauration
- 16h25 -18h30 Accueil du soir



Dossier Périscolaire CAMILLE MARGAINE 2024-2025



Dessin réalisé par un enfant de l'école CAMILLE MARGAINE
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 -Tél : 03.26.60.45.04



TARIFS PÉRISCOLAIRES (Selon Quotient Familial)

Tarifs des **ACCUEILS PÉRISCOLAIRES MATIN ET SOIR** :

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

Tarifs de la **RESTAURATION** :

TARIFS en €	Tranche 1 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Non-respect du délai
Repas	4,00				3,00
Animation autour du 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 QF de 0 à 499,99	Tranche 2 QF de 500 à 899,99	Tranche 3 QF de 900 à 1399,99	Tranche 4 QF 1400 et + ou non fourni	Supplément Non-respect du délai
Repas	4,00				3,00
Animation autour du 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 CAMILLE-MARGAINE
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 :

- CP CE1 CE2 CM1 CM2

INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

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

Accueil du MATIN -7h30/8h25	<u>En continu sur l'année</u>	<u>Occasionnellement</u>
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	→ je ferai les demandes via le Portail Famille
RESTAURATION – 11h25/13h25	<u>En continu sur l'année</u>	<u>Occasionnellement</u>
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	→ je ferai les demandes via le Portail Famille
Accueil du SOIR – 16h25/18h30	<u>En continu sur l'année</u>	<u>Occasionnellement</u>
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	→ 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 <input type="checkbox"/> Site internet de la CCAC <input type="checkbox"/> Facebook de la CCAC <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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Repas standard | <input type="checkbox"/> Repas sans porc | <input type="checkbox"/> 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 CAMILLE-MARGAINE
Année scolaire 2024-2025

**INFORMATIONS SUR LES
RESPONSABLES LÉGAUX¹**

<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 <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>
RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
<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 :	

Merci d'adresser la facture* : Mère Père Famille d'accueil

Nombre d'enfant à charge

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

(nécessaire pour établir le tarif de facturation)

¹ * Champs et documents obligatoires