

# INSCRIPTIONS

Pour que votre enfant participe aux Mercredis Récrcratifs, ce dossier doit être dûment complété et remis au Pôle Éducation-Animation de la Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise au plus tard **le 12 août 2024**, merci de fournir les pièces justificatives suivantes :

- les vaccins
- l'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire
- attestation de Quotient Familial (QF) CAF ou MSA



Les Mercredis Récrcratifs se déroulent dans les locaux du Groupe Scolaire Robert LANCELOT - Route Royale 51800 Ste-Ménéhould.

## HORAIRES

- 7h30-9h00 Accueil échelonné
- 9h00-12h00 Activités
- 12h00-13h30 Pause méridienne
- 13h30-14h00 Accueil échelonné
- 14h00-17h00 Activités
- 17h00-18h00 Départ échelonné



Mercredis  
**Récrcratifs**  
2024-2025

*Pour les enfants scolarisés ou ayant 3 ans révolus*

Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise  
50 Avenue de Pertison - 51800 Ste-Ménéhould  
Tél : 03.26.60.45.04 - [accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr](mailto:accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr)

**Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise**  
**Pôle Éducation-Animation**

**TARIFS**  
**(selon Quotient Familial CAF/MSA)**

|  | 1/2<br>journée | Journée<br>complète | Hors CCAC<br>1/2<br>journée | Hors CCAC<br>journée<br>complète |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1ère tranche QF de<br>0 à 499,99                                                  | 4 €            | 8 €                 | 7,50 €                      | 15 €                             |
| 2ème tranche QF de<br>500 à 899,99                                                | 4,50 €         | 9 €                 | 8 €                         | 16 €                             |
| 3ème tranche QF de<br>900 à 1399,99                                               | 5 €            | 10 €                | 8,50 €                      | 17 €                             |
| 4ème tranche QF de<br>1400 et + ou non fourni                                     | 5,50 €         | 11 €                | 9 €                         | 18 €                             |
| Supplément retard<br>(non respect du délai<br>de l'horaire de fermeture)          | 5,00 €         |                     |                             |                                  |

**REPAS À AJOUTER A LA 1/2 JOURNÉE/JOURNÉE COMPLÈTE : 5,40 €**

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>

**CONTACT :**

 **03.26.60.45.04/06.13.31.32.63**  
 **accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr**

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

N'oubliez pas de prendre connaissance du règlement intérieur afin de connaître l'organisation de l'accueil. Celui-ci est disponible sur le site de la Communauté de Communes :

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

Restant à votre disposition pour toutes questions.

L'équipe du Pôle Éducation-Animation.



## Dossier d'inscription **MERCREDIS RÉCRÉATIFS**

Année scolaire 2024-2025

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

Partie réservée à l'administration :

Famille : .....

Reçu le : ..... Suivi par : .....

Enregistré le : .....

|                                        |                                            |                                                                                                                                |                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <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<br/>du jugement relative à la garde<br/>des enfants</i> | <i>En cas de garde alternée,<br/>merci de préciser le<br/>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 :                                                                                                                    |                                                                          |

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)

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

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Photo récente

NOM et Prénom :

Né-e le :  Genre : Masculin ☐ Féminin ☐

Lieu de résidence de l'enfant :

École :

### INSCRIPTIONS

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

|                           |                                                           |                                                                            |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>JOURNÉE + REPAS</b>    | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>JOURNÉE SEULE</b>      | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>MATIN + REPAS</b>      | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>MATIN SEUL</b>         | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>APRÈS-MIDI + REPAS</b> | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <u>Occasionnellement</u><br>→ je ferai les demandes via le Portail Famille |
| <b>APRÈS-MIDI SEUL</b>    | <u>En continu sur l'année</u><br><input type="checkbox"/> | <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"/> 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
- Reconnassent 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)

