



**Année scolaire 2021 - 2022**  
**ALSH SEMUR EN AUXOIS - CHAMPLON - CROISETTES - REMPART**  
**IMPRIME D'INSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES**  
**RESTAURATION ET GARDERIE**

**Votre dossier devra être remis :**

Au service périscolaire dont vous dépendez avant le 06/07/2021

Au service enfance jeunesse de la CCTA en main propre ou par mail dernier délai le 26/08/2021

ETAT CIVIL du ou des enfants		
NOM - Prénom	Date de naissance	Scolarité (préciser l'établissement scolaire, la classe)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (Pacsé) <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Famille d'accueil		
	ADULTE 1*	ADULTE 2*
Lien de parenté avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Représentant légal de l'enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-Père <input type="checkbox"/> Grand-Mère <input type="checkbox"/> Assistant (e) familiale <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> Représentant légal de l'enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-Père <input type="checkbox"/> Grand-Mère <input type="checkbox"/> Assistant (e) familiale <input type="checkbox"/> autre : .....
Nom, prénom		
Lieu de résidence		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
E-mail		
Profession		
Adresse de l'employeur		
Téléphone employeur (en cas d'urgence)		

**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES TERRES D'AUXOIS**

3 Place de gare - 21140 SEMUR-EN-AUXOIS

Tél. 03 80 97 26 65 - Fax. 03 80 97 28 04 – contact@ccterres-auxois.fr

### PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT pour l'inscription :

Photocopie du dernier avis d'imposition\* ou de non-imposition sur le revenu :

**AVIS 2021 SUR REVENUS 2020** - (Date maximum de transmission: le 30/09/2021.)

*Si vous rencontrez des difficultés pour fournir ce document, il sera impératif de prendre contact avec le Service Enfance jeunesse, car passé le délai du 30/09/2021, la tarification la plus haute sera appliquée*

**Pour les personnes mariées ou pacsées :**

Pour le calcul de la tranche applicable, les familles devront fournir le dernier avis d'imposition faisant apparaître le revenu imposable du foyer ainsi que le nombre de parts du foyer.

**Pour les personnes vivant en couple non pacsées :** fournir les avis d'imposition faisant apparaître le revenu imposable de chaque personne du foyer.

**Pour les personnes séparées :**

Le tarif sera calculé par rapport aux revenus de la personne qui a en charge les enfants et/ou qui perçoit la pension alimentaire. Une attestation sur l'honneur ou la copie du jugement sera à fournir.

**Pour les familles en garde alternée :**

Les deux avis d'imposition doivent être fournis pour que la collectivité puisse réaliser des factures individuelles

Chaque parent aura sa propre facture et son propre carnet de liaison.

Le planning de garde alternée sera à remettre au responsable (réfèrent) de l'accueil.

Attestation d'allocataire CAF ou MSA - (téléchargeable sur votre espace CAF [www.caf.fr](http://www.caf.fr))

Photocopie d'assurance « activités scolaires, périscolaires et extrascolaires »

Photocopies du carnet de santé

Photocopie de l'Aide aux Temps Libres pour les activités extrascolaires (si non fourni en début d'année 2021)

**A titre d'information, différents modes de paiements sont possibles:**

Prélèvement – Mise en place à solliciter auprès du service enfance jeunesse

Tipi via le site internet [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr)

Chèque à l'ordre du Trésor public

Espèce au Trésor Public

Cesu ou chèque vacances uniquement sur les temps de garde

Nom et adresse de la personne ou de l'organisme payeur des factures:

**Nom**.....**Prénom** .....

**Adresse** : .....

**Informations complémentaires que vous jugez utile de communiquer**

**\*\*\*Page à dupliquer suivant le nombre d'enfant.****RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
-------	----------	---------------------

Fréquentera régulièrement ou occasionnellement les services suivants :

 Accueil périscolaire du matin  Accueil périscolaire midi (cantine)  Accueil périscolaire du soir
**Personne à prévenir en cas d'urgence (dans l'ordre de priorité) : + ☎ s'il ne figure pas ci-dessus**

Nom	☎	Lien de parenté avec l'enfant	Commune de résidence

(Pièce d'identité à présenter obligatoirement)

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET AUTORISATIONS :****→ Fournir la photocopie des vaccinations à jour ou un certificat du médecin attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations.**

Nom, téléphone et adresse du médecin traitant : .....

Allergies : oui  non  Si oui lesquelles : .....Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui  (à fournir) non 

Si oui pour quelle raison: .....

Recommandations ou difficultés de santé : .....

Pour votre information, le personnel **n'est pas autorisé à administrer à votre enfant les éventuelles médications prescrites** par votre médecin. Merci de le signaler à votre médecin traitant pour une prescription matin et soir.**AUTORISATIONS** **Autorise** **N'autorise pas**

Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.

 **Autorise** **N'autorise pas**

Mon enfant à rentrer seul(e) après les activités

 **Autorise** **N'autorise pas**Le personnel à prendre mon enfant en photo  
- pour une utilisation interne à la structure  
- pour une utilisation pour le Bien Public **Autorise** **N'autorise pas**

Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des activités organisées

 **Autorise** **N'autorise pas**

Le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers)

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce document.****Je m'engage à signaler toutes modifications nécessaires en cas de changement.**

Fait à .....

.....

Signature : Le

**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES TERRES D'AUXOIS**

3 Place de gare - 21140 SEMUR-EN-AUXOIS

Tél. 03 80 97 26 65 - Fax. 03 80 97 28 04 – contact@ccterres-auxois.fr



**FICHE de PRESENCE SEPTEMBRE 2021 SEMUR EN AUXOIS**  
ACCUEIL PERISCOLAIRE – RESTAURATION SCOLAIRE

Enfant:      Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
                  Classe : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

*\*mettre une croix dans le tableau pour signaler la présence*

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION					
Date	Accueil matin		Cantine	Accueil soir	
	1ere tranche	2nd tranche		1ere tranche	2nd tranche
02/09/2021					
03/09/2021					
06/09/2021					
07/09/2021					
09/09/2021					
10/09/2021					
13/09/2021					
14/09/2021					
16/09/2021					
17/09/2021					
20/09/2021					
21/09/2021					
23/09/2021					
24/09/2021					
27/09/2021					
28/09/2021					
30/09/2021					

**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES TERRES D'AUXOIS**

3 Place de gare - 21140 SEMUR-EN-AUXOIS

Tél. 03 80 97 26 65 - Fax. 03 80 97 28 04 – contact@ccterres-auxois.fr