



# Rentrée scolaire : 2024-2025

## Fiche d'inscription :

**Périscolaire de (lieu) :** .....

**Forfait Occasionnel :**   
Facturation à la journée de présence.

**Forfait Mensuel :**   
A partir du mois de .....  
Facturé au mois avec **ou sans présences**

**⚠ Sans forfait coché, vous serez automatiquement facturé en occasionnel**

**ExtraScolaire**

Merci de cocher vos besoins et de préciser le lieu de chaque ALSH fréquenté (**facturé à la présence**) :

Lieu :

**Vacances :** .....

**Mercredi :** .....

Mise en place du prélèvement automatique :  Moyens de paiement A réception de la facture :   
(Joindre RIB et autorisation de prélèvement) Continuer le prélèvement déjà en place :

**Votre enfant :** Sexe : Garçon  Fille

Nom : ..... Etablissement fréquenté.....  
Prénom : ..... Classe : .....  
Date et lieu de naissance : ..... Enseignant : .....  
Nom et prénom des frères et sœurs : .....

**Données familiales et sanitaires mises à jour sur le portail famille**   
En cochant cette case vous attestez avoir mis à jour vos données en ligne, vous n'avez donc plus besoin de remplir les informations ci après.

**Les parents :**  
Situation de famille : - marié(e)  / vie maritale  / -pacsé(e)  / -célibataire  / -divorcé(e), séparé(e)  / - veuf(ve)

<p><u>Payeur</u> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>Père :</b> (ou autre responsable légal)</p> <p>Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse : ..... ☎ domicile : ..... ☎ portable : ..... Profession : ..... Lieu et tel. de travail : ..... Mail : .....</p>	<p><u>Payeur</u> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>Mère :</b> (ou autre responsable légal)</p> <p>Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse : ..... ☎ domicile : ..... ☎ portable : ..... Profession : ..... Lieu et tel. de travail : ..... Mail : .....</p>
---	---

**Famille d'accueil :** Payeur

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
☎ domicile : ..... ☎ portable : ..... Mail : .....

**Administratif :**  
Régime :  Général Sécurité Sociale /  MSA /  RSA (fournir une attestation pour la facturation) /  Autre : .....  
CAF de ..... N° d'Allocataire (**IMPORTANT**, donne le quotient familial pour la facturation) : .....  
N° de sécurité sociale de l'assuré pour l'enfant : .....  
Nom organisme assurance extra scolaire : .....  
Numéro d'assurance : .....

**Personnes majeures, autres que les parents,  
habilitées à venir chercher l'enfant**

**Autorisations**

J'autorise mon enfant à participer aux activités suivantes :

- Baignade
- Sortie en mini bus (de la collectivité) et ou en car
- Activités physiques et sportives

Nom	Lien avec l'enfant <i>(grands-parents, tante, oncle, ami(e), voisin...)</i>	Téléphone

**Droit à l'image**

À l'occasion des activités de l'accueil de loisirs, votre enfant peut être photographié et nous souhaitons pouvoir éventuellement faire figurer ces photos sur nos plaquettes et/ou sur notre site web.

Ces photographies ne seront accompagnées d'aucune information susceptible de rendre identifiables votre enfant et votre famille, dont le nom ne sera pas mentionné. Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ne porteront pas atteinte à la réputation de votre enfant ou à sa vie privée.

- autorise la publication sur le site Internet, sur les plaquettes de la Communauté de Communes du Périgord Ribéracois, et dans la presse.       n'autorise pas la publication de la photographie de mon enfant.

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio <b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.**

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**

Asthme       Alimentaires       Médicamenteuses       Autres .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je déclare également avoir pris connaissance du règlement intérieur.

**Date et signature des parents**

# Partie à garder

## Information relative à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD) :

Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier péri-extrascolaire feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers.

Peuvent être destinataires des données, dans la limite de leurs attributions respectives, le président de la CCPR,

les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents intercommunaux en charge de la compétence enfance –jeunesse, les directeurs d'accueils de loisirs pour ce qui concerne les enfants affectés dans leur établissement, le directeur de la DDCSPP, et les agents dans le cadre de leur mission de contrôle, l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) 1er degré chargé de circonscription, pour ce qui concerne les seuls élèves scolarisés dans la circonscription dont il a la charge ; le recteur d'académie ou le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) agissant sur délégation du recteur.

**Durée de conservation des données :** Elle ne pourra excéder la période de fréquentation d'un accueil de la communauté de communes ou, pour les services payants, celle nécessaire au recouvrement des sommes dues.

**Droits de la personne :** Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25/05/2018 et à la Loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à la limitation des traitements, à la suppression des données vous concernant.

Vous seul pouvez exercer vos droits sur vos propres données et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable :

- en remplissant le formulaire dédié auprès de la CCPR ou
- en contactant le délégué à la protection des données sur les coordonnées suivantes :  
ATD 24, 2 place Hoche, 24 000 PERIGUEUX ou [dpd.mutualise@atd24.fr](mailto:dpd.mutualise@atd24.fr).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le règlement intérieur mis en place par la CCPR, consultable et téléchargeable sur notre site internet : [www.ccpr24.fr](http://www.ccpr24.fr)

---

## Info quotient familial

Le quotient familial CAF/MSA de référence est celui du mois de janvier de l'année en cours, ou celui notifié sur les passeports loisirs ouvrant droit à  
3 € ou 4 € pour ALSH-Scoutisme.

## Documents à fournir pour la facturation

- **Passeport loisirs CAF** : *envoyé automatiquement par la CAF au mois de décembre pour toutes les familles concernées.*
- **Bons MSA** : *faire la demande auprès du service d'action social de la MSA et nous fournir les bons complétés et signés au recto.*
- **Attestation RSA** : *à fournir tous les 3 mois*
- **Prise en charge du CD (pour les agents CD24)** : *faire la demande auprès du service des prestations du Conseil Départemental qui fera suivre l'attestation*
- **Mandat de prélèvement signé + IBAN ou RIB** *pour bénéficier du prélèvement automatique (mandat de prélèvement à retirer auprès de nos services).*



# TARIFS ACCUEILS

Accueil périscolaire de tout le secteur de la CCPR				
Quotient familial (en euros)	Tarif mensuel 1 enfant	Tarif mensuel 2 enfants	Tarif mensuel 3 enfants	Tarif occasionnel journée
1401 et +	26.50€	46.50€	59.00€	4.50€
901 à 1400	25.00€	44.00€	56.00€	4.00€
623 à 900	22.50€	39.50€	51.00€	3.50€
0 à 622	20.00€	35.00€	45.00€	3.00€
RSA socle	7.00€	12.00€	16.50€	1.00€

Vacances et mercredis 7h00 - 19 h00 (repas de 12h à 13h 30/ 14h 00)			
Quotient familial (en euros)	Journée sans repas	Demi-journée sans repas	Repas
1401 et +	6.50€	4.00€	2.80€
901 à 1400	5.50€	3.50€	2.80€
623 à 900	4.50€	3.00€	2.50€
401-622	3.00€	2.00€	2.00€
0 à 400	2.00€	1.50€	2.00€
RSA socle	1.00€	0.50€	1 €
REPAS enfant allergique	(sur présentation d'un certificat médical)		1€



**Pour toutes les activités extrascolaires (vacances et mercredis), toute absence non excusée à l'avance, sera facturée au tarif de la présence.**



## INFOS HORAIRES

**Les accueils de loisirs périscolaires ouvriront officiellement à 7h30 le matin et fermeront à 18h30 le soir.**

Cependant afin de répondre au mieux aux besoins de garde de tous les enfants dont les parents travaillent, vous avez la possibilité de solliciter l'ouverture de l'accueil dès **7h00** et sa fermeture à **19h00**. En revanche, cette dérogation nécessitant la présence d'agents de la collectivité, cela implique que vos enfants soient présents sur les horaires et les jours demandés.

Toutefois des aménagements seront possibles en accord avec les responsables d'accueil. Les modalités liées à ces demandes sont précisées dans le règlement intérieur des accueils, téléchargeable sur le site [www.ccpr24.fr](http://www.ccpr24.fr) ou récupérable à la CCPR, 11 rue Couleau à Ribérac.

### Pour rappel :

**Toutes les demandes ou les changements concernant la facturation** (à raison de 2 changements maximum par an), doivent être adressés par courrier ou par mail aux adresse suivantes :

- CCPR Service à la Population, 11 rue Couleau 24600 Ribérac
- [factu.enfancejeunesse@ccpr24.fr](mailto:factu.enfancejeunesse@ccpr24.fr)

### Contacts :

**Inscription et facturation :** Laetitia Sabater / Marion Villedary / Sophie Rebière

Tel : 05 53 92 50 60—Mail : [reservetoncentre@ccpr24.fr](mailto:reservetoncentre@ccpr24.fr) ou [factu.enfancejeunesse@ccpr24.fr](mailto:factu.enfancejeunesse@ccpr24.fr)

**ASLH :** Ribérac : Prévert 06 87 48 79 92 - Beauvières : 06 32 8867 30 / Tocane - 05 53 90 22 16 /

St Pardoux : 05 53 91 44 56 / Verteillac - 05 53 90 40 36

**Site :** [www.ccpr24.fr](http://www.ccpr24.fr)