



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2024-2025

A retourner **en mairie** entre le 02/04/2024 et le 17/05/2024

DOCUMENTS A FOURNIR AU DEPOT DU DOSSIER :

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

- Fiche de pré-inscription 2024-2025 dûment complétée
- Fiche Recensement des besoins dûment complétée
- Fiche sanitaire de liaison dûment complétée
- Copies des vaccins (carnet de santé)
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) le cas échéant
- Avis d'imposition ou de non-imposition N-2 (IR 2023 sur les revenus 2022)
- Bulletins de salaire des 3 derniers mois des représentants légaux
- Certificat de rémunération N-2 (2022) pour les personnes travaillant au Luxembourg
- Certificat de la Caisse Nationale de Santé N-2 (2022) pour les personnes ayant perçu une indemnisation au Luxembourg
- Certificat de la Caisse Nationale pour l'Avenir des Enfants N-2 (2022) pour les personnes en congé parental au Luxembourg
- Autorisation de prélèvement bancaire signée + Relevé d'identité bancaire (RIB)

Une confirmation d'inscription vous sera transmise par mail fin mai / début juin.

En cas de confirmation d'inscription, pour pouvoir accueillir votre enfant, une attestation d'assurance Responsabilité Civile ou Scolaire 2024-2025 devra impérativement nous parvenir avant la rentrée.

L'inscription de l'enfant au service périscolaire constitue pour les parents acceptation pleine et entière du règlement intérieur (à conserver par vos soins).

Secrétariat Service Périscolaire

14 rue Mozart - 57310 GUENANGE

Tél : 03.82.59.36.69 (les matins)

Email : secretariat.peri@guenange.com



PRÉ-INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2024-2025

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM : PRENOM : Sexe : F - M
 Date de naissance :
 Nom de l'école : Maternelle Elémentaire
 Enseignant : Classe :
 Particularités repas : avec viande sans viande
 PAI : oui non (Projet d'Accueil Individualisé)

RENSEIGNEMENTS REPRESENTANTS LEGAUX

IDENTITE PARENT 1 ou tuteur légal :	IDENTITE PARENT 2 ou tuteur légal :
Marié – Divorcé - Célibataire – Vie Maritale - Veuf	Marié – Divorcé - Célibataire – Vie Maritale - Veuf
Nom Prénom	Nom Prénom
Adresse du domicile :	Adresse du domicile (si différent) :
Tél Portable.....	Tél portable
Tél domicile	Tél domicile
Adresse Email.....	Adresse Email.....
Numéro Allocataire CAF MOSELLE :	
Garde alternée <input type="checkbox"/>	

EN CAS D'URGENCE – PERSONNES A CONTACTER

Personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables :

Nom : Prénom : Tél :
 Nom : Prénom : Tél :

Nom des personnes majeures habilitées à prendre en charge l'enfant à la sortie des activités (autres que les parents) ou à défaut frère ou sœur de plus de 18 ans :

Nom : Prénom : Tél :
 Nom : Prénom : Tél :

J'autorise Je n'autorise pas l'utilisation des photos prises durant les activités sur lesquelles mon enfant peut figurer pour promouvoir l'activité.

Une confirmation d'inscription vous sera transmise par email fin mai / début juin 2024.

Fait à Guénange, le Signatures (obligatoire) :

**PERISCOLAIRE GUENANGE ANNEE 2024-2025
RECELEMENT DES BESOINS REGULIERS ET OCCASIONNELS**

NOM de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Ecole 2024-2025	
Classe 2024-2025	

Recensement des besoins réguliers (cochez les créneaux demandés)

	Matin (7h00 - 8h00)*	Midi (11h45 - 13h30)*	Soir (16h00-18h30)*
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Garderie matin (8h00-9h00)	Matin avec repas (9h00-13h00)	Journée (9h00-17h00)	Garderie soir (17h00-18h00)
Mercredi				

Recensement des besoins occasionnels (cochez les créneaux demandés)

Commentaires (si nécessaire) :

.....
.....
.....

	Matin (7h00 - 8h00)*	Midi (11h45 - 13h30)*	Soir (16h00-18h30)*
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Garderie matin (8h00-9h00)	Matin avec repas (9h00-13h00)	Journée (9h00-17h00)	Garderie soir (17h00-18h00)
Mercredi				

* Horaires approximatifs (se référer au règlement intérieur pour chaque école)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L' Etablissement TENEUR DU
COMpte A DEBITER

COMpte A DEBITER		N° du compte	Clé RIB
CODES			
Etablissement	Guichet		

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Mairie de GUENANGE
1, Place de l'Hôtel de Ville
57310 - GUENANGE

DATE :

SIGNATURE :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/89 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL
D'EMETTEUR
556 925

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Mairie de GUENANGE
1, Place de l'Hôtel de Ville
57310 * GUENANGE

COMpte A DEBITER		N° du compte	Clé RIB
CODES			
Etablissement	Guichet		

NOM ET ADRESSE DE VOTRE BANQUE OU CCP OU
SE FERONT LES PRELEVEMENTS

Nom :
N° :Rue.....
Code Postal :
Ville :

DATE :

SIGNATURE :

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE)