



ASNIÈRES-SUR-OISE
entre Nature et Histoire

Mairie d'Asnières-sur-Oise
20 rue d'Aval Eau
95270 Asnières-sur-Oise

Dossier d'inscription

Année scolaire 2022/2023

Services périscolaires



Mail : jeunesse@aso95.fr

Tél. : 01 30 35 58 98 ou 07 72 22 95 77



ASNIÈRES-SUR-OISE
entre Nature et Histoire

L'inscription ne sera définitive qu'à la remise du dossier complet uniquement au secrétariat de la Mairie.

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant

m'engage à fournir **en déposant le dossier de mon enfant les documents suivants** :

- Les fiches d'inscription, l'accusé de réception, l'autorisation des activités complétés et signés.
- FICHE DE LIAISON SANITAIRE doit être complétée en totalité, joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.
- PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) : Fournir obligatoirement pour les enfants présentant des troubles de santé (allergies, intolérance alimentaire, asthme, diabète)
- Le document « Droit à l'image – Personnes mineures ».
- La fiche de calcul de la modulation des tarifs accompagnée des pièces réclamées.
- ATTESTATION D'ASSURANCE (responsabilité civile / 2022-2023).

Je certifie également :

Avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier et m'engage à communiquer au service tout changement concernant mon enfant.

Date :

Écrire la mention « Lu et approuvé »

Signature



ASNIÈRES-SUR-OISE
entre Nature et Histoire



Année scolaire 2022/2023

Nom et Prénom de l'enfant :		Sexe : <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon	
Date et lieu de naissance :			
Garde alternée (Indiquez la semaine) : Paire <input type="checkbox"/> Impaire <input type="checkbox"/>			
Responsable à prévenir en cas d'urgence :			
Parent 1		Parent 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Code postal :		Code postal :	
Tél (domicile) :		Tél (domicile) :	
Tél (travail) :		Tél (travail) :	
Portable :		Portable :	
Coordonnées Employeur et téléphone :		Coordonnées Employeur et téléphone :	
Numéro d'Allocataire caf :		Numéro d'Allocataire caf :	
Adresse mail obligatoire :		Adresse mail obligatoire :	



ASNIÈRES-SUR-OISE
entre Nature et Histoire

AUTORISATION ACTIVITES

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de

Autorise mon enfant :

A participer aux activités organisées par la Mairie d'Asnières sur Oise dans le cadre de son service jeunesse. Par ailleurs, je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés par mon enfant pour dégradation volontaire de matériel.

Signature :

ACCUSE DE RECEPTION

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de

Reconnais avoir pris connaissance des règles de fonctionnement des services péri scolaire, de l'accueil de loisirs du mercredi et de la restauration scolaire de la Mairie d'Asnières sur Oise pour l'année scolaire 2022/2023.

Signature :

INSCRIPTION AUX SERVICES PERI SCOLAIRES 2022-2023

Cocher la case de votre choix

ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi toute la journée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi matin sans repas)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi après midi avec repas)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi après midi sans repas)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi matin avec repas)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Accueil de loisirs mercredi ; peut être annulé jusqu'au mardi avant 10 heures par courriel (jeunesse@aso95.fr)

MATERNELLE	ACCUEIL PRE ET POST SCOLAIRE ET ETUDE DIRIGEE (journée complète) lundi- mardi-jeudi et vendredi MATIN - Lundi- mardi -jeudi et vendredi SOIR	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MATERNELLE ET PRIMAIRE	ACCUEIL MATIN (lundi-mardi-jeudi-vendredi)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Accueil matin 1 jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Accueil matin 2 jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Accueil matin 3 jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

MATERNELLE	ACCUEIL SOIR (lundi-mardi-jeudi-vendredi)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MATERNELLE	Accueil soir 1 jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Accueil soir 2 jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Accueil soir 3 jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez jour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PRIMAIRE (Blanche de Castille)	Etude dirigée (lundi-mardi -jeudi et vendredi)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Etude dirigée + APPS SOIR (lundi-mardi -jeudi et vendredi)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Fait à :

Date:

Nom - Prénom de l'enfant :

Nom - Responsable légal(e) - Signature

INSCRIPTION AU SERVICE RESTAURATION 2022-2023

Cantine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocher les jours souhaités		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jours			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			

Souhaitez-vous que votre enfant bénéficie d'un repas:

Sans porc

Oui

Non

Sans viande

Oui

Non

Votre enfant est-il sujet à une allergie alimentaire

Oui

Non

Si oui, comme précisé sur le règlement, vous devez remplir un "PAI".

Fait à

Date

Nom - Prénom de l'enfant :

Nom - Responsable légal(e) - Signature

Accueils service enfance jeunesse

ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ECOLE DE :

CLASSE DE :

AUTORISE(E) A PARTIR SEUL (élémentaire) : oui non

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :
.....

ASSURANCE (responsabilité civile) Nom et N° de Police :
.....
.....

GARÇON FILLE

<u>NOM-PRENOM du PARENT 1 :</u>	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe
<u>NOM-PRENOM du PARENT 2 :</u>	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe
Personnes à contacter et qui peuvent le récupérer : NOM – PRENOMS et lien de parenté		
1 -	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe
2 -	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe
3 -	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe
4 -	Téléphone Portable	Téléphone Bureau ou Fixe

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et joindre les copies).

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

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

REPAS : SANS PORC oui non MEDICAMENTEUSES oui non
SANS VIANDE oui non AUTRES

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),responsable légal de
l'enfant, (**préciser nom et prénoms**)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature



Droit à l'image – Personnes mineures

*Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,*

Dans le cadre des activités périscolaires se déroulant dans la commune d'Asnières sur Oise

Je soussigné(e) autorise la Commune d'Asnières-sur-Oise à photographier mon enfant (nom) : ; (prénom) :) et à utiliser son image pour l'évènement mentionné ci-dessus et pour les modes d'exploitation suivants :

- Les publications (journal municipal, brochures, plaquettes, livret d'accueil...)
- Les campagnes d'affichages
- Des expositions ultérieures temporaires
- Le site internet de la commune
- Les réseaux sociaux

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord :

- pour la fixation et l'utilisation de son image dans le contexte exclusif de Exposé ci-avant,
- pour l'utilisation de ses noms et prénoms à des fins d'exploitation ci-dessus définies,

OUI

NON

Fait à **Signature :**

Le (date)

Les informations et autorisations recueillies via le présent formulaire sont destinées à la commune d'Asnières-sur-Oise. Dans le cadre mentionné ci-dessus et sont conservées à vie. Les images objets de l'autorisation font l'objet d'un traitement informatique et sont nécessaires à l'exécution de cette autorisation. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679, les personnes concernées bénéficient de droits. Les mineurs bénéficient dans ce cadre d'un droit d'accès, de rectification, de retrait du consentement au traitement concernant leurs données, qui sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Si vous souhaitez exercer ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, ou pour toute question relative à ce traitement de données, veuillez-vous adresser à dpd@cigversailles.fr. Vous pouvez également consulter le site internet de la CNIL <cnil.fr> pour plus d'informations sur vos droits.

**TARIF APPLICABLE
POUR L'ANNEE
SCOLAIRE
T....**

**MAIRIE D'ASNIERES SUR OISE
FICHE DE CALCUL DE LA MODULATION DES TARIFS
ANNEE SCOLAIRE 2022/2023**

Nom de famille :

Nom et Prénom des enfants inscrits aux services à tarifs modulés :

.....

.....

Adresse :

N° allocataire C.A.F. :

Rappel :

<u>Tranches</u>	<u>Quotient familial</u>
T1	Jusqu'à 440.00 €
T2	Jusqu'à 857.00 €
T3	Jusqu'à 1 209.00 €
T4	Jusqu'à 1 670.00 €
T5	Supérieur à 1 670.00 €



Tous justificatifs non fournis entraîneront systématiquement une facturation au T5

Justificatifs à fournir :

- | |
|--|
| - Avis d'imposition 2021 (<u>correspondant aux revenus 2020 déclarés</u>), ou à défaut justificatifs des revenus 2020. |
| - Attestation de la C.A.F. précisant le montant des allocations familiales que vous percevez pour année 2022. |
| - Copie intégrale du livret de famille. |

Calcul du quotient familial :

Revenu net fiscal (ou ressources annuelles) :

Soit par mois :

Montant des allocations familiales / mois :

TOTAL REVENUS / MOIS :

Nombre de parts :

QUOTIENT FAMILIAL :
