



Association Trait d'Union

Micro-crèches : «Les Pitchouns» à Ste. Croix Vallée Française, «Les Loustics» à St. Etienne Vallée Française, «Tournicoton» à Pont de Montvert SML, «Ventoudoux» à Ventalon en Cévennes

Centre de loisirs : «Méli Mélo» à St. Etienne Vallée Française, à Pont de Montvert SML, à Ventalon en Cévennes

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

MELI-MELO

Partie 1 RENSEIGNEMENTS

Nombre d'enfants à inscrire aux activités extrascolaires :

Nom de famille des enfants :

Ecole pour l'année scolaire :

Enfant 1 - Nom et prénom :,

né(e) leà.....

Niveau scolaire :

- Toute petite section Petite section Moyenne section Grande section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

Activités extra scolaires : Je souhaite inscrire mon enfant à :

- Accueil extra scolaire pendant les vacances scolaires (en fonction de l'ouverture du centre de loisirs géré par Trait d'Union)

Enfant 2 - Nom et prénom :,

né(e) leà.....

Niveau scolaire :

- Toute petite section Petite section Moyenne section Grande section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

Activités extra scolaires : Je souhaite inscrire mon enfant à :

- Accueil extra scolaire pendant les vacances scolaires (en fonction de l'ouverture du centre de loisirs géré par Trait d'Union)

Enfant 3 - Nom et prénom :,

né(e) leà.....

Niveau scolaire :

- Toute petite section Petite section Moyenne section Grande section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

Activités extra scolaires : Je souhaite inscrire mon enfant à :

- Accueil extra scolaire pendant les vacances scolaires (en fonction de l'ouverture du centre de loisirs géré par Trait d'Union)

Responsable légal 1

- Père Mère Tuteur

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Portable
 Adresse électronique :@.....
 Employeur :
 Adresse :
 Téléphone :

Responsable légal 2

- Père Mère Tuteur

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Portable :
 Adresse électronique :@.....
 Employeur :
 Adresse :
 Téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Personne n°1 :

Madame Monsieur
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Personne n°2 :

Madame Monsieur
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Personne n°3 :

Madame Monsieur
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Informations sécurité sociale :

Votre régime de sécurité sociale : Général MSA SNCF Autre

Votre n° de sécurité sociale :

OU Votre numéro d'allocataire CAF (cf. autorisation jointe) :

Adresse organisme :

Partie 2 FICHE SANITAIRE

Une fiche sanitaire **pour chaque enfant inscrit** à l'activité extra scolaire doit impérativement être remplie et transmise à Trait d'Union **avant** tout accueil de (des) l'enfant(s).

En cas de maladie, handicap, allergie, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra être rempli avec le médecin traitant ou le spécialiste qui suit l'enfant, avant tout accueil de l'enfant (cf. règlement de fonctionnement joint).

Merci de remplir la fiche sanitaire jointe à ce dossier (une par enfant inscrit).

Partie 3 AUTORISATIONS

Personnes autorisées à récupérer le(s) enfant(s) :

Madame Monsieur

Nom et prénom :

Téléphone : Portable :

Madame Monsieur

Nom et prénom :

Téléphone : Portable :

Madame Monsieur

Nom et prénom :

Téléphone : Portable :

Autorisations pour la participation aux sorties proposées dans le cadre de l'ACM

Enfant 1

Mon enfantest autorisé :

→ à participer aux sorties proposées dans le cadre de l'ACM

Oui Non

→ à participer aux sorties avec baignade en rivière (surveillance assurée par un Maître-nageur sauveteur)

Oui Non

→ Mon enfant est titulaire de l'attestation « Savoir nager »
 Oui Non Ne sait pas

Enfant 2

Mon enfantest autorisé :

→ à participer aux sorties proposées dans le cadre de l'ACM
 Oui Non

→ à participer aux sorties avec baignade en rivière (surveillance assurée par un Maître-nageur sauveteur)
 Oui Non

→ Mon enfant est titulaire de l'attestation « Savoir nager »
 Oui Non Ne sait pas

Enfant 3

Mon enfantest autorisé :

→ à participer aux sorties proposées dans le cadre de l'ACM
 Oui Non

→ à participer aux sorties avec baignade en rivière (surveillance assurée par un Maître-nageur sauveteur)
 Oui Non

→ Mon enfant est titulaire de l'attestation « Savoir nager »
 Oui Non Ne sait pas

Déclarations du (des) responsable(s) légal (aux) :

Je soussigné(e) Mme / Monsieur

→ **autorise** le responsable périscolaire/ extrascolaire à **faire appel aux services d'urgence médicales** si la santé de mon (mes) enfant(s) le nécessite ou en cas d'accident :
 Oui Non

→ **autorise** l'association Trait d'Union à **prendre en photos** mon / mes enfants (Prénoms).....
 Oui Non

→ à **diffuser ces photos dans le cadre d'activités avec les enfants ou de transmission aux familles** :
 Oui Non

→ à **diffuser ces photos dans le cadre des activités de communication** de l'association, en dehors de tout usage internet :
 Oui Non

→ **déclare avoir pris connaissance et accepter** le règlement de fonctionnement des accueils périscolaire et extra scolaire organisés par l'association Trait d'Union :

Oui

Non

→ **m'engage à régler les factures** des accueils périscolaire et extrascolaire transmises par Trait d'Union et calculées d'après le montant du quotient familial :

Oui

Non

→ **souhaite recevoir les factures et les informations sur mon adresse électronique** afin de rester informé en cas d'information urgente relative aux accueils périscolaire et extra scolaire :

Oui

Non

Assurance :

L'(les) enfant(s) doit (doivent) être couvert(s) par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel (ou assurance scolaire qui prend en charge les activités péri et extrascolaires).

Nom et adresse de la compagnie :

Numéro du contrat d'assurance :

Je (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer l'Association Trait d'Union de toute modification.

Fait à Le

Signature du (des) parent(s)

Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Le dossier d'inscription est à retourner avant la première date de fréquentation de votre enfant :

→ par **voie postale** à Association Trait d'Union – 5 rue des écoles Mairie – 48220 Le Pont-de-Montvert
Sud Mont Lozère

→ par **courriel** à : traitdunioncoordination@gmail.com

→ à **l'école ou au responsable de l'accueil extra scolaire**

Tarifification des services extra scolaire

L'utilisation des services péri et/ ou extrascolaires de Trait d'Union est soumis au versement d'une adhésion familiale annuelle (valable pour l'année civile) d'un montant unique de 30€ (15€ à partir du 01/09 de l'année en cours).

La tarification du service extra scolaire est effectuée à partir du **quotient familial** du foyer. Ce quotient familial est actualisé à chaque début d'année civile.

Il est également pris en compte dans le calcul des tarifs des camps et mini-séjours organisés dans le cadre de l'accueil extra scolaire, pendant les vacances scolaires.

Pour les familles hors département, la tarification « pleine » sera appliquée, soit 13€ la journée et 6,50€ la 1/2 journée.

Si vous souhaitez bénéficier de la tarification basée sur le quotient familial, vous devez :

→ autoriser Trait d'Union à demander à la CAF votre quotient (voir autorisation à nous rendre signée) ;

→ ou nous transmettre la copie de votre avis d'imposition N-2 (revenus 2022 pour l'année scolaire 2024) :

→ ou fournir une attestation récente de paiement de la CAF ou MSA sur laquelle figure votre quotient familial (à renouveler à chaque début d'année civile ou à chaque changement de situation entraînant une modification du quotient familial).

A défaut de cette autorisation ou de la présentation des pièces justificatives demandées, la tarification plafond sera appliquée.

Pour les allocataires MSA, c'est le tarif plein qui est appliqué. Vous devez vous rapprocher de votre caisse MSA pour solliciter des aides en fin de période.

**CONSENTEMENT AU RECUEIL ET AU TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES ET
AUTORISATION DE CONSULTER « MON COMPTE PARTENAIRE »**

(A nous retourner signé avec mention « lu et approuvé »)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) la structure à saisir mes données personnelles.

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) la structure à saisir mes informations médicales.

La CAF peut nous fournir directement votre quotient familial, si vous nous autorisez à le lui demander : vous n'aurez alors aucun justificatif à produire.

→ Merci de nous indiquer votre **numéro d'allocataire CAF** ou **N° Sécurité Sociale (MSA)** :

→ Je soussigné M./ Mme autorise la Directrice de Trait d'Union (personne habilitée) à demander à la CAF/MSA mon quotient familial, via le dispositif « Mon Compte Partenaire ».

Oui Non (En cas de **non autorisation**, la **facturation maximale** sera appliquée).

La CAF et la structure s'engagent à respecter toutes les dispositions issues du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) du 27 avril 2016 et de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée.

Fait à le

Signature du (des) représentant(s) légal (aux) précédée de la mention « Lu et approuvé »