

NOM : Prénom :



DOSSIER ENFANCE / JEUNESSE 2017/2018

Valable de la rentrée scolaire 2017
à la fin des vacances d'été 2018

DOSSIER COMPLET à rendre obligatoirement
lors de l'inscription scolaire
(pour toute nouvelle inscription)
ou avant le 31 mai 2017 (pour les renouvellements)
(avis d'imposition à fournir dès réception)

Au Centre « Pierre PERRET » (26 rue de Bressey) :

- Du lundi au vendredi de 9H00 à 12H00 et de 14H00 à 17H30.
- Ou sur rendez-vous au 03.80.48.15.17.

Aucun dossier ne sera accepté à la mairie

Ce dossier garantit la pré-inscription de votre enfant :

- Aux restaurants scolaires
- Aux garderies périscolaires
- A l'« ALSH la Tête et les Jambes » du mercredi matin (4 à 11 ans)
- Aux accueils de loisirs pour les vacances scolaires (Sport-vacances et Club Jeunesse uniquement)

Pour les mercredi matin et les périodes de vacances :

Un document complémentaire est nécessaire avant chaque période concernée en remplissant une fiche d'inscription à des dates définies ultérieurement, soit :

- Au Centre « Pierre PERRET » pour :
 - o L'« ALSH la Tête et les Jambes » du mercredi matin (4 à 11 ans)
 - o le Sport-Vacances (enfants de 5 à 16 ans)
 - o le Club Jeunesse (de l'entrée en 6^{ème} à 17 ans)

Vous trouverez des informations complémentaires :

- Sur le site de la ville de Chevigny-Saint-Sauveur (documents téléchargeables) :
www.chevigny-saint-sauveur.fr

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Fiche de renseignements complétée.
- Fiche sanitaire complétée et signée (obligatoire : une photo récente de l'enfant).
- Fiche d'inscription individuelle à la restauration scolaire.
- Une photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant (avec les nom et prénom de l'enfant mentionnés).
- Notification de l'aide aux Temps Libres C.A.F. 2017 (si bénéficiaire), sauf si déjà fournie.
- Avis d'imposition(s) 2016 sur la base des revenus 2015
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois en cas de changement d'adresse.
- Justificatif en cas de changement de situation familiale (mariage, séparation, divorce, ...).

ATTENTION : tout dossier incomplet sera refusé

DOCUMENTS A FOURNIR (dès réception) :

- o Attestation d'assurance extra-scolaire nominative avec les nom et prénom de l'enfant en cours de validité (responsabilité civile obligatoire).

VILLE DE CHEVIGNY-ST-SAUVEUR

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 2017/2018

(informations nécessaires à la facturation)
A rendre lors de l'inscription scolaire
ou avant le mercredi 31 mai 2017 pour les renouvellements
Au Centre « Pierre PERRET » – 26 route de Bressey



Structures fréquentées

- Garderie périscolaire
- Restaurant scolaire
- ALSH Tête et Jambes (4/11 ans)
- Sports-vacances (5/16 ans)
- Club jeunesse (11/17 ans)

ENFANT :



NOM : PRENOM :
Date de naissance : Lieu : Sexe : M F
Rentrée 2017 : Groupe scolaire : Classe fréquentée : Enseignant(e) :

Représentant légal 1 de l'enfant - Payeur OUI NON ORGANISME :
 marié(e) pacsé(e) célibataire divorcé(e) autre (préciser) depuis le

Père Mère Autre :
NOM : Prénom : Nom de jeune fille :
Adresse :
 Domicile : Portable : Travail :
Adresse mail :
Employeur : sans activité professionnelle
Adresse Employeur : 

Personne vivant avec le représentant 1 (si différent représentant 2) – NOM : PRENOM :

Représentant légal 2 de l'enfant - Payeur OUI NON ORGANISME :
 marié(e) pacsé(e) célibataire divorcé(e) autre (préciser) depuis le

Père Mère Autre :
NOM : Prénom : Nom de jeune fille :
Adresse :
 Domicile : Portable : Travail :
Adresse mail :
Employeur : sans activité professionnelle
Adresse Employeur : 

Enfants à charge du foyer (celui-ci y compris) :

- NOM : PRENOM : Date de naissance :
- NOM : PRENOM : Date de naissance :
- NOM : PRENOM : Date de naissance :
- NOM : PRENOM : Date de naissance :

REVENU BRUT GLOBAL (R.B.G.) du foyer (avis d'imposition 2016 sur la base des revenus 2015) :
En cas de déclaration inexacte le tarif maximum sera appliqué comme indiqué dans le document joint

Ne souhaite pas justifier ses revenus et accepte le paiement sur la base du tarif maximum

N° CAF ou MSA : Nom/Prénom de l'allocataire : Département :
Pour les familles bénéficiant de l'Aide aux Temps Libres, fournir **obligatoirement** la notification 2017.

RESERVE A L'ADMINISTRATION
Nombre de parts : QF :
Réceptionnée et vérifiée le :
Par :

Fait à
Le
Signature



INFORMATION
MODE DE CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL
POUR L'ANNEE 2017

Critères pris en compte dans la fixation des tarifs :

- **COMPOSITION DE LA FAMILLE** : 2 parts sont attribuées à une personne seule ainsi qu'à un couple marié, pacsé ou vivant en concubinage, 1 part est attribuée par enfant à charge sur l'avis ou les avis d'imposition(s) du foyer (soit pour l'année 2017, l'avis ou les avis d'imposition(s) reçu en 2016 relatif aux revenus de l'année 2015).

- **REVENU BRUT GLOBAL** : indiqué sur l'avis ou les avis d'imposition(s) du foyer.

Pour le calcul des quotients familiaux, le ou les avis d'imposition du foyer doivent être fourni(s).

L'absence de ce(s) justificatif(s) entraîne l'application du tarif le plus élevé « Chevigny » ou « hors Chevigny ».

Ce mode de calcul s'appliquera aux prestations effectuées dans le cadre des T.A.P, du Centre de Loisirs Ez Allouères, du Club Jeunesse, des mini-camps du Centre de Loisirs Ez Allouères et du Club Jeunesse, du sport-vacances, des garderies périscolaires et de la restauration scolaire.

Les tarifs fixés par délibération du conseil municipal correspondent aux frais de personnel d'encadrement, de participation aux charges de chauffage, eau, électricité et de fournitures de repas dans le cadre de la restauration scolaire ou d'activités à la journée.

- **AIDES AUX TEMPS LIBRES** : pour les enfants bénéficiant de l'aide aux temps libres de la C.A.F., fournir la notification 2016 d'aide aux temps libres.

Facturation et paiement (sauf Centre de Loisirs Ez Allouères) :

Les factures sont émises mensuellement et/ou après chaque période de vacances par les services de la Commune (comptabilité, sports et club jeunesse) et sont à régler **DIRECTEMENT AU TRESOR PUBLIC** qui traitera tout problème éventuel lié au paiement :

TRESORERIE DE DIJON BANLIEUE/AMENDES

14 Rue Sambin BP 22325

21023 DIJON CEDEX

Rappel concernant l'utilisation des :

- CESU : enfants de moins de 6 ans pour crèche, garderie, centre de loisirs sans hébergement et service des sports.
- ANCV : centre de loisirs sans hébergement, club jeunesse, service des sports et piscine municipale.

Toute réclamation concernant la facturation doit être adressée :

- Au Centre « Pierre Perret », 26 route de Bressey – 21800 Chevigny-Saint-Sauveur.
- Pour le centre de loisirs Ez Allouères, au Centre Ez Allouères ou auprès des PEP21.

Les familles doivent signaler tout changement d'adresse en cours d'année scolaire au service Enfance-Jeunesse situé au Centre « Pierre PERRET », 26 route de Bressey.

En cas de difficulté liée à tout changement de situation (perte d'emploi, ...) et si vous résidez sur la Commune, vous pouvez adresser une demande d'aide auprès du Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la mairie de Chevigny-Saint-Sauveur (tél. : 03.80.48.15.44 / mail : ccas@chevigny-saint-sauveur.fr).

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

FICHE SANITAIRE

(restauration scolaire, garderie, ALSH La Tête et les Jambes, Service des Sports, Club Jeunesse)

<p style="text-align: center;"><u>ENFANT</u></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu de naissance : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Ecole fréquentée à la rentrée 2017 :</p> <p>Niveau à la rentrée 2017 :</p>	<p style="text-align: center;"><u>PHOTO</u></p> <p style="text-align: center; color: red;">(coller obligatoirement une photo récente de l'enfant)</p>
--	--

Représentant légal 1 de l'enfant (père, mère ou responsable de l'enfant)

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

.....

☎ Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Représentant légal 2 de l'enfant (père, mère ou responsable de l'enfant)

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

.....

☎ Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Autres personnes autorisées (majeures uniquement) :	A contacter en cas d'urgence	à venir chercher l'enfant
NOM :PRENOM : Qualité : ADRESSE : ☎ Domicile : Portable : Travail :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM :PRENOM : Qualité : ADRESSE : ☎ Domicile : Portable : Travail :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM :PRENOM : Qualité : ADRESSE : ☎ Domicile : Portable : Travail :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM :PRENOM : Qualité : ADRESSE : ☎ Domicile : Portable : Travail :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



NOM de l'enfant: **PRENOM** :

DECHARGE CONCERNANT LES DIFFERENTS LIEUX D'ACCUEIL

- ▶ J'autorise mon enfant à repartir seul des accueils de loisirs oui non
- ▶ J'autorise que l'on photographie ou filme mon enfant dans le cadre des activités dans les différents lieux d'accueil que fréquentent mon enfant : oui non
- ▶ Je certifie que mon enfant sait nager : Brevet 25 m Brevet 50 m (fournir copie du diplôme)

ASSURANCE

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

Joindre un justificatif nominatif au nom et prénom de l'enfant en cour de validité.

(Obligatoire : Responsabilité Civile - Conseillé : individuelle accident)

N° SECURITE SOCIALE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :  :

- ▶ **Vaccinations** : fournir la photocopie du carnet de vaccinations en vérifiant que le nom et le prénom de l'enfant soient clairement mentionnés.
- ▶ **Remarques concernant la santé de l'enfant** (exemple : diabète, asthme, allergies, régimes ou habitudes alimentaires, ...) :
.....
- ▶ **Remarques concernant l'enfant** (exemple : port de lunettes, d'appareillage, auditif, ...) :
.....
- ▶ **J'autorise** mon enfant à pratiquer toutes les activités mises en place par l'accueil de loisirs, sous la responsabilité de la Directrice ou du Directeur. Je m'engage à faire connaître tout problème particulier le concernant et pouvant mettre en cause la présente autorisation.
- ▶ **J'autorise** les personnes responsables, en cas d'accident de mon enfant, à le faire soigner par les médecins de Chevigny-Saint-Sauveur ou à le faire hospitaliser, si son état le nécessite.
- ▶ **Je m'engage** à signaler tout changement afin de tenir cette fiche à jour.
- ▶ **J'atteste** avoir pris connaissance des règlements intérieurs (Garderie, restauration scolaire, TAP, club jeunesse, sport-vacances) disponibles sur le site de la ville de Chevigny-Saint-Sauveur :

www.chevigny-saint-sauveur.fr

La ville de Chevigny-Saint-Sauveur décline toute responsabilité en cas d'accident survenu avant ou après les horaires d'activités. Elle ne saurait être tenue responsable des accidents survenus indépendamment de toute faute de sa part.

Fait à Chevigny-Saint-Sauveur, le

Signatures des parents :

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

ENFANT

NOM : PRENOM :

Ecole fréquentée à la rentrée 2017 :

Classe à la rentrée 2017 : Nom de l'enseignant :

Allergies alimentaires (P.A.I. obligatoire – à joindre) : OUI NON

Dans le cadre du principe de laïcité, un menu unique est proposé. Aucun repas de substitution ne sera prévu sauf en cas d'allergies alimentaires et sur validation d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

Représentant légal demandant l'inscription de l'enfant (père, mère ou responsable de l'enfant)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

☎ Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

CHOIX DE L'INSCRIPTION (cocher la case correspondante)

A l'année scolaire, les jours suivants : (dans ce cas ne pas remplir les fiches à la période ou à la semaine)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Par période de vacances à vacances :

Dans ce cas vous vous engagez à remplir avant chaque période un coupon d'inscription qui devra impérativement parvenir avant le mercredi de la semaine précédant les vacances à l'école de votre enfant ou au service « enseignement » (secretariat.enseignement@chevigny-saint-sauveur.fr).

Par semaine :

Dans ce cas vous vous engagez à remplir chaque semaine un coupon d'inscription qui devra impérativement parvenir signé le mercredi de la semaine précédant à l'école de votre enfant.

Ne fréquentera pas la restauration scolaire.

Pour les inscriptions à l'année, les repas peuvent, exceptionnellement, être commandés ou décommandés au plus tard le mercredi de la semaine précédente, à l'aide des coupons prévus à cet effet disponible sur le site internet « www.chevigny-saint-sauveur.fr » dans la rubrique « grandir à Chevigny » et sous-rubrique « enseignement ». En aucun cas un enfant non désinscrit par écrit ne pourra être autorisé à rentrer chez lui seul.



Les repas non décommandés dans les délais seront facturés, qu'ils aient été pris ou non (sauf en cas de maladie sur présentation d'un certificat médical dans la semaine suivant la reprise de l'école de l'enfant). Tout enfant, souhaitant bénéficier des services de la restauration scolaire, doit être inscrit au préalable. En cas de non-inscription, les repas seront facturés au tarif le plus élevé.

Je soussigné(e),, atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du service de restauration scolaire disponible en intégralité sur le site de la ville ou auprès du service « enseignement » situé au Centre « Pierre PERRET », 26 route de Bressey.

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :



PERIODE du 04/09/17 au 20/10/17

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

RESTAURATION SCOLAIRE

Coupon à remettre impérativement au plus tard le mercredi 30 août 2017 avant 12h00

Coupon à remettre dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'école ou à envoyer par mail à : secretariat.enfance-jeunesse@chevigny-saint-sauveur.fr

ENFANT

NOM : PRENOM :

Ecole fréquentée à la rentrée 2017 :

Classe à la rentrée 2017 : Nom de l'enseignant :

Allergies alimentaires (P.A.I. obligatoire) : OUI NON

Dans le cadre du principe de laïcité, un menu unique est proposé. Aucun repas de substitution ne sera prévu sauf en cas d'allergies alimentaires et sur validation d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

Représentant légal demandant l'inscription de l'enfant (père, mère ou responsable de l'enfant)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

☎ Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

SEPTEMBRE

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
			1
4	5	7	8
11	12	14	15
18	19	21	22
25	26	28	29

**COCHEZ
LES JOURS
DONT
VOUS AVEZ
BESOIN**

OCTOBRE

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
2	3	5	6
9	10	12	13
16	17	19	20

Pour les inscriptions à la période, les repas peuvent, exceptionnellement, être commandés ou décommandés au plus tard le mercredi de la semaine précédente, à l'aide des coupons prévus à cet effet disponible sur le site internet « chevigny-saint-sauveur.fr » dans la rubrique « grandir à chevigny ». En aucun cas un enfant non désinscrit par écrit ne pourra être autorisé à rentrer chez lui seul.

ATTENTION : les repas non décommandés dans les délais seront facturés, qu'ils aient été pris ou non (sauf maladies sur présentation d'un certificat médical dans la semaine suivant la reprise de l'école de l'enfant).

Je soussigné(e)atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du service de restauration scolaire disponible en intégralité sur le site de la ville ou auprès du service enseignement situé au Centre « Pierre Perret », 26 route de Bressey.

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2017/2018

SEMAINE DU AU

Coupon à remettre impérativement au plus tard le mercredi avant 12h00 précédant la semaine concernée ou le mercredi (avant 12h00) qui précède les vacances scolaires

Coupon à remettre dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'école ou à envoyer par mail à : secretariat.enfance-jeunesse@chevigny-saint-sauveur.fr

(document à dupliquer si nécessaire)

ENFANT

NOM : PRENOM :

Ecole fréquentée à la rentrée 2017 :

Classe à la rentrée 2017 : Nom de l'enseignant :

Allergies alimentaires (P.A.I. obligatoire) : OUI NON

Dans le cadre du principe de laïcité, un menu unique est proposé. Aucun repas de substitution ne sera prévu sauf en cas d'allergies alimentaires et sur validation d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

Représentant légal demandant l'inscription de l'enfant (père, mère ou responsable de l'enfant)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

CHOIX DE L'INSCRIPTION

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire les jours suivants :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

ATTENTION :

En aucun cas un enfant non désinscrit par écrit ne pourra être autorisé à rentrer chez lui seul.

ATTENTION : les repas non décommandés dans les délais seront facturés, qu'ils aient été pris ou non (sauf maladies sur présentation d'un certificat médical dans la semaine suivant la reprise de l'école de l'enfant).

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :