



COMMUNE DE CARCANS DOSSIER D'INSCRIPTION « STRUCTURES ENFANCE-JEUNESSE » ANNÉE 2018-2019

Hôtel de ville

2A Route de Hourtin-33121 CARCANS
Tel. 05 56 03 90 20 – Fax 05 56 03 90 31
Courriel : secretariat@mairie-carcans.fr
Site : www.carcans.fr

NOM.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

Structures concernées

- ALSH Vacances scolaires
- ALSH Mercredi
- Accueil Périscolaire (APS)
- Ecole Multisports (EMS)
- Structure Jeunesse « Ado'minos »

Cases réservées à la Mairie

-
-
-
-
-

DOCUMENTS A FOURNIR **Tout dossier incomplet sera refusé.**

Pièces obligatoires à joindre :

- Photocopie des vaccinations de l'enfant (cf. carnet de santé) ou attestation médicale de vaccination.
- Si votre enfant n'est pas vacciné : attestation médicale de contre-indication aux vaccinations.
- Copie de l'attestation de sécurité sociale de la personne couvrant l'enfant.

Cases réservées à la mairie

-
-
-

Pièce à fournir en fonction de la situation :

- Notification de la CAF ou de la MSA pour les aides aux temps libres (année en cours).
Si celle-ci n'est pas fournie, aucune réduction ne sera appliquée.

-

Pièce à présenter au dépôt du dossier :

- Avis d'imposition à la taxe d'habitation ou foncier bâti.

-

Dossier à remplir avec un stylo bille uniquement. Bien appuyer en le remplissant. Merci de votre compréhension.

FICHE FAMILLE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU FOYER

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autres : membre de la famille, famille d'accueil...
Nom			
Prénom			
Lien de parenté			
Situation familiale des parents	<input type="checkbox"/> mariés, pacsés, concubins. <input type="checkbox"/> divorcés, séparés. Garde alternée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> célibataires. <input type="checkbox"/> autre.		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorisé à récupérer l'enfant.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : joindre une photocopie du jugement.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : joindre une photocopie du jugement.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : joindre une photocopie du jugement.
Adresse de résidence			
Adresse de résidence de l'enfant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse de correspondance <i>Si différente de l'adresse de résidence</i>			
Courriel de correspondance Obligatoire pour le Portail Famille			
Téléphone domicile	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Téléphone portable	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Téléphone travail	/ / / /	/ / / /	/ / / /
Régime de sécurité sociale de la personne couvrant l'enfant	<input type="checkbox"/> Régime Général (CPAM, RSI, MNT MGEN, MNH) <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Régime maritime <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Régime Général (CPAM, RSI, MNT MGEN, MNH) <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Régime maritime <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Régime Général (CPAM, RSI, MNT MGEN, MNH) <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Régime maritime <input type="checkbox"/> Autre :
Numéro d'allocataire CAF			
Numéro d'allocataire MSA			

PERSONNES AUTORISEES A RECUPER L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE.

(si différentes des responsables légaux)

NOM ET PRENOM	QUALITE	TELEPHONE	Personnes	
			Autorisées à récupérer l'enfant	A Prévenir en cas d'urgence
		/ / / /		
		/ / / /		
		/ / / /		
		/ / / /		
		/ / / /		

FICHE ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

- Date de naissance :/...../..... Lieu :
- Nom du médecin traitant : Téléphone :/...../...../...../.....
- Ecole fréquentée : Classe en septembre 2018 :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations ? : **oui** **non**.
Si non, fournir obligatoirement un certificat médical de contre-indication aux vaccinations.
Nb : Vaccinations obligatoires : Antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique → vaccin « DTPolio ».
- Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux ? : **oui** **non**. Si oui, merci de préciser :
.....
.....
- Votre enfant a-t-il des pathologies chroniques ou aiguës ? : **oui** **non**. Si oui, merci de préciser :
.....
.....
- Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? : **oui** **non**.
Si oui, joindre obligatoirement le PAI.
- Votre enfant est-il allergique ? : **oui** **non**. Si oui, merci de préciser :
.....
.....

Dans le cas d'une allergie alimentaire, le PAI est obligatoire pour fréquenter le service de restauration collective.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, hors allergie ? **oui** **non**. Si oui, merci de préciser :
.....
.....
- Autres informations utiles (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.), merci de préciser :
.....
.....

ATTESTATIONS – AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant,, attestant sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire ce dernier :

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- Certifie avoir une assurance Responsabilité Civile garantissant les dommages causés par mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaires de la ville et m'engage à fournir l'attestation correspondante en cas de besoin.
- Autorise l'enfant à participer aux activités organisées par les structures et utiliser les transports mis en place pour s'y rendre ;
- Autorise l'équipe d'animation des structures à prendre pour mon enfant, en cas d'urgence, sous réserve de m'en informer dès que possible, toutes les mesures jugées nécessaires par son état de santé et m'engage à en assurer la couverture des frais.
- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des structures et approuve le règlement intérieur.
- M'engage à informer toutes modifications relatives à la situation administrative, familiale et sanitaire de mon enfant.
- **Autorise mon enfant à quitter seul les différentes structures** **oui** **non**
- **Autorise la commune de Carcans à faire publier dans les médias (journaux, site internet, etc.), et lors d'expositions les photos et vidéos prises au cours des différentes activités** **oui** **non**

A Carcans, le / /

Signature des responsables légaux.

FICHE QUOTIENT FAMILIAL DU FOYER

Noms et prénoms des responsables légaux :

.....

.....

ATTENTION :
NE PAS PRENDRE LE QF TRANSMIS PAR LA CAF OU LA MSA.
PRENDRE LES REVENUS DU FOYER

Formule vous permettant de calculer vous-même votre QF du foyer :

$$\text{QF} = \frac{\text{1/12}^{\text{ème}} \text{ du revenu annuel du foyer déclaré aux impôts en 2018 (revenus perçus en 2017)} + \text{Prestations familiales du mois en cours (CAF ou MSA)}}{\text{Nombre de parts}}$$

Indiquer ici votre résultat : QF =

Revenu annuel du foyer déclaré aux impôts en 2017 (avant abattement fiscal ou déduction faite de frais réels)	Prestations CAF, MSA ou autres organismes (du mois de calcul)	Nombre de parts
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tout traitement, salaire ▪ pension de retraite, préretraite ou rente imposable ▪ pension alimentaire ▪ revenu foncier ou autre ▪ déduction faite d'éventuelle pension alimentaire versée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'allocation de Soutien Familial (ASF) ▪ l'allocation de base ▪ le complément de libre choix d'activités ▪ le complément de libre choix de mode de garde ▪ l'allocation pour jeune enfant ▪ l'allocation d'adoption ▪ l'allocation d'éducation spéciale ▪ l'allocation familiale ▪ l'allocation parentale d'éducation ▪ le complément familial ▪ les allocations d'aide au logement (APL, ALF, ALS).... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 parts (parents ou allocataires isolés) ▪ 1/2 part pour chaque enfant à charge ▪ 1/2 part supplémentaire pour le 3^{ème} enfant uniquement ▪ 1/2 part supplémentaire pour un enfant bénéficiaire A.E.S. (Allocation d'Éducation Spéciale)

Exemple de calcul de QF :

M et Mme X ont déclaré 24 000 € de revenus aux impôts en 2018 (salaires + autres revenus perçus en 2017). Ils ont deux enfants. Ils ont touché une allocation de la CAF de 130 € ce mois-ci. Leur nombre de part est 3 (1 part par parent + 1/2 part pour chaque enfant à charge).

Calcul du QF :

- 24 000 € / 12 = 2 000 € (1/12^{ème} des revenus annuels 2017 déclarés à l'administration fiscale en 2018).
 - 2 000 € + 130 € = 2 130 (1/12^{ème} des revenus annuels 2017 déclarés à l'administration fiscale en 2018 + prestations familiales du mois en cours).
 - 2 130 € / 3 (nombre de parts du foyer) = 710 €.
- La famille X a un QF de 710 €.

Je soussigné (e),, certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler immédiatement à la mairie tout changement intervenant dans ma situation. Je prends connaissance que la Mairie pourra vérifier l'exactitude de cette déclaration auprès de l'administration des impôts et des données informatisées par la CAF.

A Carcans, le /...../.....
Signature obligatoire.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

La loi 78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle vous garantit un droit