



Mairie de NORT-SUR-ERDRE
Pôle Enfance et Action Éducative :
02 51 12 01 44
Répondeur en dehors des horaires d'ouverture
Adresse mail : enfance.jeunesse@nort-sur-erdre.fr
Espace famille : www.nort-sur-erdre.fr

Horaires d'ouverture :

Lundi et jeudi : 8h30 - 12h / 13h30 - 17h30
Mardi et mercredi : 8h30 - 12h (fermé l'après-midi)
Vendredi : 8h30 - 12h / 13h30 - 17h

***DOSSIER D'INSCRIPTION
ANNÉE 2019-2020***

À RETOURNER EN MAIRIE MI-JUILLET AU PLUS TARD



Modalités d'inscription aux prestations du Pôle Enfance et Action Éducative

L'accès aux services : restauration scolaire / pause méridienne, accueil périscolaire, accueil de loisirs, sport vacances est validé aux conditions suivantes :

✓ **inscription obligatoire** : dossier d'inscription téléchargeable sur le site de la mairie ou à retirer en mairie, à compléter et à déposer au pôle Enfance et Action Éducative

✓ **pièces à fournir pour la restauration scolaire, l'accueil périscolaire, l'accueil de loisirs et sport vacances** :

INSCRIPTIONS

- remplir la fiche d'inscription
- remplir la fiche de renseignements
- fournir en cas d'allergie : certificat médical ou PAI + trousse d'urgence si besoin

Aucun médicament ne sera administré sans prescription médicale et autorisation des parents

✓ **documents à fournir en plus pour sport vacances** :

- une copie d'un certificat médical ou d'une licence sportive en cours
- une attestation d'assurance responsabilité civile

RÉSERVATIONS

- les réservations sont à effectuer pour l'accueil de loisirs soit :

* via votre compte famille

* avec le calendrier des réservations en format papier

✓ **les règlements de fonctionnement des prestations sont à consulter sur www.nort-sur-erdre.fr**

QUOTIENT FAMILIAL

Chaque début d'année civile, le pôle enfance réactualise les quotients familiaux avec effet sur la facture du mois correspondant, à partir des données de la CAF ou de l'avis d'imposition et prestations CAF ou du justificatif de la MSA.

L'absence de document justifiant de ce quotient entraîne l'application du tarif maximum.

Tout changement important de situation peut être révisé **en cours d'année sur demande de la famille**.

FACTURATION

La facturation est émise à l'allocataire, bénéficiaire des prestations familiales. La facture des différentes prestations est établie à terme échu, consultable sur le compte famille.

Le pôle Enfance et Action Éducative est à la disposition des familles pour le détail de la facturation.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Plusieurs modes de paiement sont possibles :

- prélèvement automatique à compter du 15 de chaque mois, document téléchargeable sur le site de la mairie ou disponible en mairie, à compléter et retourner en mairie
- paiement en ligne : lien intégré dans la rubrique « espace famille » ou sur le site du Trésor Public
- espèces, chèques bancaires à déposer **uniquement** à la Trésorerie de Nort-sur-Erdre
- les chèques CESU (pour les enfants de moins de 6 ans), chèques vacances et chèques loisirs sport-culture sont à **déposer avant facturation au pôle Enfance et Action Éducative** et peuvent être utilisés comme suit :

Prestations / Modes de paiement	APS Accueil périscolaire	Restauration scolaire / pause méridienne	ALSH Accueil de loisirs	Sport vacances
Chèque CESU (- 6 ans)	OUI			NON
Chèque loisirs sport-culture		NON	OUI	
Chèque vacances	NON			OUI



INSCRIPTION AUX PRESTATIONS DU PÔLE ENFANCE ET ACTION ÉDUCATIVE

ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

RESPONSABLE (S)

Parents Famille d'accueil Préciser la délégation :

PARENT 1

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail obligatoire :

.....

Employeur :

Adresse :

Tél. fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PARENT 2

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail :

.....

Employeur :

Adresse :

Tél. fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Allocataire obligatoire : CAF MSA

NOM et Prénom de l'allocataire :

QF:.....
Réservé au service

SERVICES PÉRISCOLAIRES DES ÉCOLES PUBLIQUES

Nom et Prénom	Date de naissance	Classe	Cocher la case des services souhaités :	
			Pause méridienne / Restauration	Accueil périscolaire

Restauration scolaire :

Compléter le tableau ci-dessous en précisant le 1^{er} jour de réservation (jour de rentrée ou après) et en cochant la case correspondante :

Prénom	1 ^{er} jour de fréquentation	Régulier				Occasionnel	
		Tous les jours	Jours fixes				
			L	M	J		V
	Date :						
	Date :						
	Date :						

SERVICES EXTRASCOLAIRES

Nom et Prénom	Date de naissance	Cocher la case des services souhaités :		
		Accueil de loisirs		Sports vacances
		Mercredi	Vacances	

Je souhaite recevoir la facture par voie postale à mon domicile.

Fait à

Le
Signature :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020

Mairie de Nort-sur-Erdre
Pôle Enfance et Action Éducative

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

INFORMATIONS SANTÉ

● **Vaccinations** (se référer au carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT polio (<u>D</u> iphthérie, <u>T</u> étanos, P oliomyélite)	

● **Allergies** :

	Précisez :	PAI		Traitement médical	
		oui	non	oui	non
Alimentaires					
Asthme					
Médicamenteuses					
Autre					

Notification MDPH : oui non

Pour tout traitement médical, joindre un certificat médical, l'ordonnance et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice).

● **Autres informations**

(Maladie, accident, hospitalisation, opération ...) en précisant les dates et **les précautions à prendre et toutes les informations que vous jugerez utiles** :

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

● **Responsables légaux de l'enfant**

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. travail :	Tél. travail :

● **Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Tél. :	Tél. :
Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Tél. :	Tél. :

● **Soins d'urgence / hospitalisation**

Je soussigné(e) Mr ou Mme autorise les responsables de la structure à présenter mon enfant (nom et prénom) à un médecin, de préférence le Docteur Tél. : en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à l'hospitaliser.

● **Autorisation de départ**

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et / ou le périscolaire et / ou sports vacances OUI NON

● **Droit à l'image**

J'autorise la diffusion des photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités péri et extra scolaires OUI NON (publications municipales)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à

Le

Signature :