Calade Centre socioculturel en Pays de Sommières 1ère inscription □

1 rue Poterie 30250 Sommières Déjà inscrit (e) l'année précédente □

Tél : 04 66 93 20 20 Fax : 04 66 93 20 21

E mail : centresocial.sommieres@calade.org

hhtp://www.calade.org

 Commence le : …………………………….

# **Accompagnement à la scolarité**

**Fiche d’inscription 2022-2023**

**Fontanès**

**Date d’inscription : …………………………….**

NOM et PRENOM de l’enfant :

DATE DE NAISSANCE : CLASSE :

ENSEIGNANT(E) : : REDOUBLEMENT : oui 🞎 non 🞎

#### Situation familiale Année scolaire 2022-2023

*Si les adresses sont différentes (divorce…) remplir tous les renseignements.*

Tous les renseignements portés sur ce document restent strictement confidentiels.

**Parent 1** Responsable légal foyer principal

Parenté : Père Mère

Civilité : M. / Mme / Melle

Nom : Prénom :

*Adresse :*

*Code postal : Commune :*

*Téléphone domicile : Portable :*

*Mail :*

Profession :

Téléphone travail : Poste :

Portable pro : Dépendez-vous de la CAF MSA

Situation familiale : Marié 🞎 Divorcé 🞎 Vie maritale 🞎 Famille recomposée 🞎 Célibataire🞎 Veuf (e) 🞎

Autre 🞎

**Parent 2** Responsable légal foyer principal

Parenté : Père Mère

Civilité : M. / Mme / Melle

*Nom : Prénom :*

*Adresse :*

*Code postal : Commune :*

*Téléphone domicile : Portable :*

*Mail :*

Profession :

Téléphone travail : Poste :

Portable pro : Dépendez-vous de la CAF MSA

Situation familiale : Marié 🞎 Divorcé 🞎 Vie maritale 🞎 Famille recomposée 🞎 Célibataire🞎 Veuf (e) 🞎

Autre 🞎

**Personnes autorisées ou non à récupérer l’enfant et à prévenir en cas d'urgence. Seules les personnes autorisées ci-dessous pourront récupérer les enfants.**

(Autre que les parents. Quelqu’un de proximité, voire du même village)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A prévenir en cas d'urgence | Autorisé | Nonautorisé | Nom – Prénom | TéléphonesFixe et/ou portable | Lien de parenté |
|  |   |   |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |

**Fonctionnement** :

Pour une meilleure sécurité et un meilleur fonctionnement, veuillez cocher les cases ci-dessous :

Comment rentre votre enfant :

* Seul(e) (à pieds, à vélo) horaire en hiver
* Seul(e) (à pieds, à vélo) horaire en été
* Avec un parent ou un adulte
* Avec un grand frère ou une grande sœur majeur (e)
* Avec un grand frère ou une grande sœur mineur (e)

Autorisations : oui non

 🞎 🞎 de sortie (**dans le cadre des activités éducatives péri scolaires**)

 🞎 🞎 de prise d’image

 🞎 🞎 d’hospitalisation en cas d’urgence

Renseignements médicaux :

Asthmatique : oui 🞎 non🞎

Allergies médicamenteuses : oui 🞎 non🞎

Si oui, lesquelles?

Allergies alimentaires : oui 🞎 non🞎

Si oui, lesquelles?

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

PAI : □ oui □ non

**Nom du médecin traitant** :

**Téléphone du médecin traitant**

Je (nous) soussigné (e) ),………………………………………………responsable(s) légal (aux) de l’enfant inscrit certifie (ions) sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait le

« Lu et approuvé »

**Signature**

Tableau de réservation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1er trimestre | 2ème trimestre*si changement de l’enfant*date :……………… | 3ème trimestre*si changement de l’enfant*date :…………… |
| Mardi |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarifs horaires** | **Calcul au trimestre pour 12 semaines** |
| 2h | 4h |
| Minima sociaux(API, RSA, AAH)0.20 €/heure | 4.80 € | 9.60 € |
| Ayant droit auxBons vacances0.35 €/heure | 8.40 € | 16.80 € |
| Pas d’aide0.50 €/heure | 12.00 € | 24.00 € |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A remplir par l’animatrice** | **Paiement du trimestre****Quotient Familial :****1 ;2 ;3** | Montant global :……...€Montant du trimestre :………………€ chèque espècesn°chq :………..Banque :……………….. | Montant global :……...€Montant du trimestre :………………..€ chèque …….espècesn°chq :……….Banque :………………... | Montant global :……...€Montant du trimestre :………………..€ chèque …….espècesn°chq :………..Banque :………………... |
| **Paiement de l’adhésion** | **10€** |