

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Sexe : F M\*  
 Adresse de l'enfant : .....  
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... à ..... Ecole de : ..... Classe : .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Sexe : F M\*  
 Adresse de l'enfant : .....  
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... à ..... Ecole de : ..... Classe : .....

**PARENTS**

\*Rayer la mention inutile

Responsables	Responsable 1 (payeur de la restauration scolaire, accueil périscolaire et de loisirs)	Responsable 2
Lien de parenté avec l'enfant	Père/Mère*	Père/Mère*
Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Adresse		
N° de téléphone domicile		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone professionnel		
Adresse e-mail <b>OBLIGATOIRE</b>		
Profession		
Lieu de travail (ville)		
Situation familiale	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire - remariage*	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire - remariage
Famille d'accueil ou foyer, indiquer : nom, prénom, adresse, téléphone <b>et email</b>		

**Allocataire CAF ou MSA : fournir OBLIGATOIREMENT une attestation de quotient familial à jour au moment de l'inscription scolaire.**

Pour les allocataires CAF 17, le service Education-Enfance-Jeunesse de l'Agglomération de Saintes effectue une mise à jour automatique de votre quotient familial en interrogeant régulièrement le site de la CAF de la Charente Maritime :

- J'autorise le service EEJ à automatiser la mise à jour de mon quotient familial - Le tarif adapté à mes ressources sera appliqué  
 Je n'autorise pas le service EEJ à automatiser la mise à jour de mon quotient familial – Le tarif le plus élevé sera appliqué

**Pour les allocataires CAF autres départements et MSA : pas de mise à jour automatique.** Vous devez fournir une attestation en cas de changement de QF.

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher les enfants munie(s) d'une pièce d'identité et à prévenir en cas d'urgence (en l'absence des parents) :

NOM et Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Numéro de téléphone

Le (la) responsable de l'enfant décharge l'Agglomération de Saintes et l'équipe d'animation de toute responsabilité dès la prise en charge de l'enfant par une tierce personne.

**NB : En cas d'urgence, les agents d'encadrement contacteront le 15 et se conformera aux consignes du médecin.**

**FACTURATION :** Les factures sont envoyées par mail le mois suivant. Si vous refusez de recevoir vos factures par mail, merci de le signaler au service Education-enfance-Jeunesse à [education.enfance.famille@agglo-saintes.fr](mailto:education.enfance.famille@agglo-saintes.fr). L'envoi « papier » n'est pas possible. Les factures seront disponibles sur votre espace famille ou à l'accueil de Saintes Grandes Rives – 12 Bd Guillet Maillet à Saintes.

- **Accueil périscolaire :** pas de réservation nécessaire, le service est facturé au ¼ d'heure
- **Restauration scolaire :** les repas sont réservés automatiquement par le service Education tous les jours de l'année scolaire pour tous les enfants. En cas d'absence au cours de l'année, les repas devront être annulés via votre Espace Familles accessible depuis le site de l'Agglomération de Saintes [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr). Les modalités sont consultables dans la rubrique « activités » « restauration » de l'Espace Familles, les tarifs dans la rubrique « infos pratiques » « tarification ».

**Pour les enfants qui ne mangent jamais ou qu'occasionnellement** à la cantine, les réservations devront être annulées via votre [espace famille](#) à partir de début août.

- **Garde alternée :** Mise en place d'une facturation alternée semaines paires/impaires, du lundi au dimanche seulement. **Fournir le formulaire de demande de facturation alternée signé des 2 parents** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), « Espace familles », « Inscriptions scolaires »)

**- Paiement :**

Je choisis le prélèvement automatique (effectué le 05 du mois suivant la réception de la facture) : OUI  NON   
Si oui, **remplir le formulaire de prélèvement SEPA** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), « Espace familles », « infos pratiques » « payer mes factures ») et **joindre un RIB**

**DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

En application de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, et sur la base légale de la mission d'intérêt public, un traitement de données est établi par l'Agglomération de Saintes pour vous permettre d'accéder aux services proposés. Ces données sont destinées uniquement aux services en charge de traiter votre dossier et à des organismes sociaux et administrations fiscales, le Quotient Familial ainsi que le revenu imposable provenant directement des services de l'Etat. **Vos réponses sont obligatoires, le défaut de réponse rendant impossible votre inscription par nos services.** Ces données seront conservées jusqu'à une année après le dernier mouvement sur le dossier. Au-delà, vos données papier seront archivées, et les données électroniques rendues anonymes pour des besoins de traitement statistique.

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e)

autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) individuellement ou en groupe dans le cadre des activités de l'ALSH, de l'accueil périscolaire et de l'interclasse pour toute l'année scolaire en cours. Ces photos ou films pourront être utilisés dans le cadre d'une diffusion municipale et/ou de l'Agglomération de Saintes (journaux, site internet, programme, ...).

autorise mon (mes) enfant(s) : ..... à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs, **y compris les déplacements en autocars.**

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils collectifs de mineurs et de la restauration scolaire de l'Agglomération de Saintes** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), onglet « Espace familles », rubrique « infos pratiques ») **et je m'engage à le respecter et le faire respecter par mon (mes) enfant(s).**

**Je déclare avoir pris connaissance de la gestion de mes données à caractère personnel (cf encadré ci-dessus) et en accepte les termes.**

N'hésitez pas à consulter sur l'Espace Familles les actualités et informations importantes du service Education-Enfance-Jeunesse

**Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts.**

À .....

Le, .....

Signature des représentants légaux

Responsable 1

Responsable 2

*Veuillez compléter toutes les rubriques - (une par enfant)*

**ENFANT**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... Sexe : M F Ecole : ..... Classe : .....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :** ..... **N° de téléphone :** .....

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant)**

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b	...../...../.....	Rougeole / oreillons/ rubéole	...../...../.....
Pneumocoque	...../...../.....	Méningocoque C (Menjugate, Neisvac)	...../...../.....
Hépatite B	...../...../.....	Autres vaccinations :.....	...../...../.....

**Votre enfant n'est pas vacciné : Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

Maladies	OUI	NON	Date	Maladies	OUI	NON	Date
Rubéole			..... / ..... / .....	Otite			..... / ..... / .....
Coqueluche			..... / ..... / .....	Rougeole			..... / ..... / .....
Varicelle			..... / ..... / .....	Scarlatine			..... / ..... / .....
Oreillons			..... / ..... / .....	Rhumatisme			..... / ..... / .....

• L'enfant fait-il l'objet d'une allergie : OUI  NON

Si OUI : Quelle allergie ? .....

- Conduite à tenir : .....

• L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ? OUI  NON

Si OUI, fournir l'ordonnance du médecin, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice) et la procédure à suivre auprès du directeur d'école en relation avec la médecine scolaire.

• L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH : OUI  NON  EN COURS DE DIAGNOSTIC

• Veuillez nous indiquer :

Les difficultés de santé et les précautions à prendre, les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive...)

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'ai bien noté que la facture me serait adressée directement par les praticiens. L'Agglomération de Saintes ne pouvant ni régler, ni rembourser tout ou partie des frais médicaux et ceci, quelle qu'en soit la cause.

Date :

Signature :



# DEMANDE DE FACTURATION ALTERNEE

A établir à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de .....

Responsable 1 : mère/père \*  
\* rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Tél : ..... Mail : .....  
 certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):  
 NOM et prénom .....Ecole .....  
 NOM et prénom .....Ecole.....  
 NOM et prénom .....Ecole .....

Les semaines :  paires  impaires

**Restauration scolaire** : mon/mes enfants mangeront à la cantine durant toute l'année scolaire :

Tous les jours  Jamais

Que certains jours chaque semaine : Cocher les jours choisis

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

**A noter : l'alternance s'établit du lundi matin au dimanche soir**

Pour la facturation : **Fournir une attestation de quotient familial**

Je suis allocataire  CAF : n° allocataire .....  
 MSA : n° allocataire .....

Fait à ....., le.....

Signature du responsable 1

Responsable 2 : mère/père \*  
\* rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Tél : ..... Mail : .....  
 certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):  
 NOM et prénom .....Ecole .....  
 NOM et prénom .....Ecole.....  
 NOM et prénom .....Ecole .....

Les semaines :  paires  impaires

**Restauration scolaire** : mon/mes enfants mangeront à la cantine durant toute l'année scolaire :

Tous les jours  Jamais

Que certains jours chaque semaine de l'année scolaire : Cocher les jours choisis

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

**A noter : l'alternance s'établit du lundi matin au dimanche soir**

Pour la facturation : **Fournir une attestation de quotient familial**

Je suis allocataire  CAF : n° allocataire .....  
 MSA : n° allocataire .....

Fait à ....., le.....

Signature du responsable 2

## JUSTIFICATIFS A JOINDRE A CE DOSSIER D'INSCRIPTION

- Livret de famille : pages des parents et enfant(s)
  - Pages des vaccinations du carnet de santé de(s) enfant(s) avec vaccins à jour
  - Justificatif de domicile de - 3 mois
  - Certificat de radiation pour les enfants déjà scolarisés dans une autre école
  - Attestation d'assurance responsabilité civile et scolaire. Également à fournir à l'accueil périscolaire de votre école dès septembre.
- Si allocataire CAF ou MSA : Attestation de quotient familial à jour. (Sans attestation, le tarif maximum sera appliqué)
  - Pour les familles souhaitant la facturation alternée : formulaire de demande de facturation alternée signé des deux parents
  - Pour les familles souhaitant le prélèvement automatique des factures : formulaire de prélèvement SEPA dûment complété et signé accompagné d'un RIB

### DEPOT DES DOSSIERS (fiche de renseignement + fiche sanitaire + justificatifs) :

#### POUR LES ECOLES DE SAINTES :

Par mail sous format PDF :

[inscriptionscolaire@agglo-saintes.fr](mailto:inscriptionscolaire@agglo-saintes.fr)

A défaut, à l'accueil général  
de l' Agglomération de Saintes  
12 Bd Guillet Maillet – 17100 SAINTES  
du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30

#### POUR LES ECOLES DES AUTRES COMMUNES :

Prendre contact avec la mairie pour connaître les modalités de dépôts des dossiers

-----><-----partie à conserver-----

### LES ACCUEILS DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH)

De la Communauté d'Agglomération de Saintes

**ACCUEILS OUVERTS LES MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES :** inscriptions/réservations et annulations à faire sur votre « Espace familles »  
(Vérifier les dates d'ouverture sur « l'espace familles »)

Accueil de loisirs de SAINTES Léo Lagrange  
19, rue du Pigeonnier  
17100 SAINTES  
Tél. : 05.46.92.09.56

Accueil de loisirs de CHERMIGNAC  
3, place du Maréchal Leclerc  
17460 CHERMIGNAC  
Tél. : 05.46.72.23.99

#### UNIQUEMENT OUVERT LE MERCREDI :

Accueil de loisirs de SAINT VAIZE  
Le Bourg  
17100 SAINT VAIZE  
Tél. : 05.46.97.06.99

Accueil de loisirs de BURIE  
16, boulevard des Ecoliers  
17770 BURIE  
Tél. : 05.46.94.97.20

Accueil de loisirs de PREGUILLAC  
5, rue du Calvaire  
17460 PREGUILLAC  
Tél. : 05.46.95.03.03

Accueil de loisirs de LA CHAPELLE DES POTS  
28, rue de la République  
17100 LA CHAPELLE DES POTS  
Tél. : 05.46.91.46.28

Accueil de loisirs LES GONDS  
2, rue du Logis  
17100 LES GONDS  
Tél. : 05.46.74.62.66

Accueil de loisirs de FONTCOUVERTE  
route du Bourg  
17100 FONTCOUVERTE  
Tél. : 05.46.91.23.16

Accueil de loisirs de THENAC  
6, rue de la Paix  
17460 THENAC  
Tél. : 05.46.92.22.75

Pour tous renseignements :  
[education.enfance.famille@agglo-saintes.fr](mailto:education.enfance.famille@agglo-saintes.fr)  
**05.46.93.41.50**

#### **Accueils de loisirs gérés par des associations (demandes d'informations et inscriptions directement auprès des associations)**

Accueil de loisirs LES AVENTURIERS  
6, avenue du 8 Mai 1945  
17610 CHANIERES  
Tél. : 05.46.91.57.83

Accueils de loisirs LES FRIMOUSSES  
8, rue Fief du Moulin  
17600 CORME ROYAL  
Tél. : 09.63.44.49.90

Accueil de loisirs LE PIDOU  
Allée de la Guyarderie  
17100 SAINTES  
Tél. : 05.46.92.10.79