

ACM ETERLOU 3-11 ANS

Un dossier famille unique a été mis en place pour tous les services enfance-jeunesse.
Un portail famille en ligne permettra aux familles de visualiser leurs réservations et d'effectuer les paiements.

Nous serons toujours à votre disposition en mairie et au CCAS pour vous accueillir traditionnellement.

Le dossier **UNIQUE** est à rapporter

avant les périodes d'inscriptions

Si votre enfant fréquente l'Eterlou, le dossier est à rapporter uniquement à l'ACM ETERLOU.

***En l'absence du dossier dûment rempli et complété,
nous ne serons pas en mesure de prendre vos inscriptions en considération.***

2 documents différents à remplir (en majuscules)

La fiche famille À déposer avec les pièces suivantes :

☐ La dernière attestation de la CAF sur laquelle figure le quotient familial **OU** le dernier avis d'imposition des deux parents ET un justificatif de versement des allocations familiales.

La fiche individuelle Enfant (une par enfant) À déposer avec les pièces suivantes :

- ☐ Une photocopie des pages du carnet de vaccination de l'enfant
- ☐ Une photographie d'identité
- ☐ La fiche sanitaire de liaison
- ☐ Une autorisation de sortie (*si nécessaire*)
- ☐ Un protocole Fièvre + certificat d'aptitude à la collectivité (***uniquement pour la crèche***)

ATTENTION :
La facturation alternée nécessite que chaque redevable fasse son dossier

Un dossier unique à retourner complété et signé

UN DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE
Ce dossier ne vaut pas inscription.



Mairie de Chorges

Site internet : www.mairie-chorges.fr

Service Restauration
Grande rue
Tél. : 04 92 50 60 30
service.restauration@mairie-chorges.fr

Centre Communal d'Action Sociale

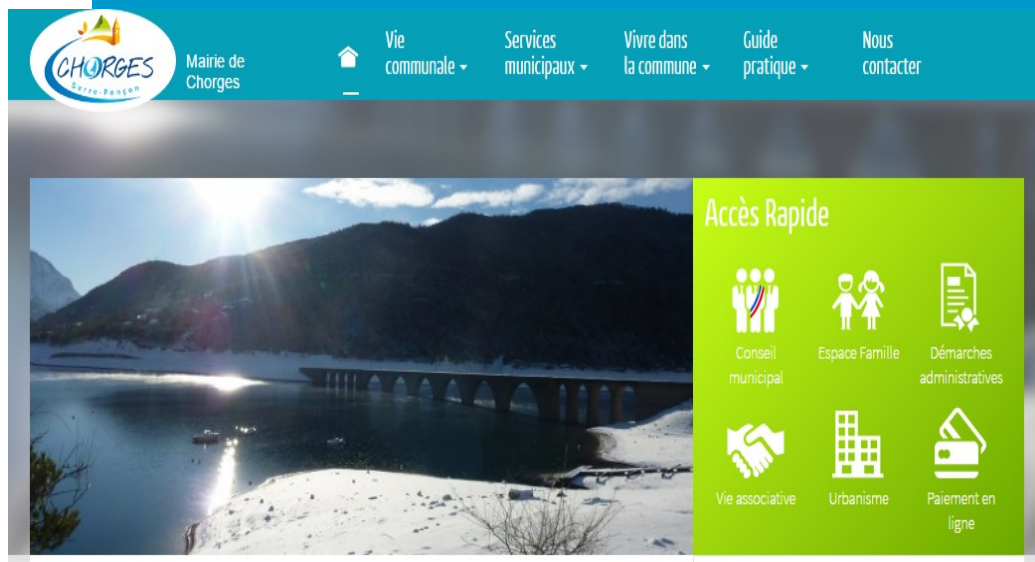
Site internet : www.mairie-chorges.fr (Onglet Enfance Jeunesse)

ACM ETERLOU
Accueil de Loisirs
Tél. : 06 08 88 88 47
acm@mairie-chorges.fr

LE PORTAIL FAMILLE

Vous pourrez rentrer dans votre espace famille depuis le site internet de la mairie de Chorges, grâce à votre identifiant et votre mot de passe qui vous sont communiqués à l'inscription.

Via le portail famille, pour l'intégralité des services vous pouvez consulter votre dossier et modifier vos coordonnées et celles de vos enfants, consulter votre situation financière des différents services, payer en ligne, vérifier les plannings de vos enfants. Egalement, pour la restauration scolaire faire des demandes de réservations et d'absences.



Accès famille

■ Identifiez-vous pour vous connecter à votre application enfance !

Identifiant

Mot de passe

© 2010 Ecolesoft une marque de Berger-Levrault - Tous droits réservés - Plan du site

www.mairie-chorges.fr

FINANCES PUBLIQUES

Un nouveau service offert par votre collectivité

Désormais vous avez la possibilité de payer vos avis de sommes à payer par Internet

Un moyen de paiement sûr, facile et rapide

Le paiement par Internet vous permet de régler vos factures quand vous le souhaitez (service disponible 7j/7 et 24h/24) de façon sécurisée.

Le mode d'emploi est simple

Il suffit de vous munir de votre « Avis de Sommes à Payer » que vous venez de recevoir, tous les renseignements nécessaires y figurent.

- 1 > Connectez vous à l'adresse Internet indiquée
- 2 > Saisissez les renseignements demandés
- 3 > Vérifiez et validez les informations affichées à l'écran
- 4 > Vous êtes orienté vers la page de paiement sécurisée, saisir les coordonnées de votre carte bancaire
- 5 > Validez, vous recevez dans votre messagerie électronique la confirmation de votre paiement

C'est fini, votre facture est réglée !

Logo of the French Republic and the Ministry of the Interior (Ministère de l'Intérieur) are visible at the bottom.

RESPONSABLE LÉGAL (ALLOCATAIRE CAF)

Qualité :
Nom (M. - Mme) :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone : **Portable :**
E-mail personnel :
E-mail professionnel :
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ Vie maritale

Employeur :
Adresse :
.....
Téléphone :

Nom de la Compagnie d'Assurance :
Adresse :
Téléphone :
N° de contrat :

RESPONSABLE LÉGAL

Qualité :
Nom (M. - Mme) :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone : **Portable :**
E-mail personnel :
E-mail professionnel :
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ Vie maritale

Employeur :
Adresse :
.....
Téléphone :

Organisme versant les prestations familiales :

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre :

Numéro allocataire :

Quotient familial :

Département CAF : ☐ 05 ☐ autre :

Nombre d'enfants à charge : Nombre de parts :

Facturation alternée : ☐ oui ☐ semaine paires
..... ☐ semaines impaires
..... ☐ autre :

☐ Si la facturation alternée ne concerne pas tous les enfants
cantiniers du foyer,
merci de le préciser ci-dessous :

.....

ATTENTION :

La facturation alternée nécessite que
chaque redevable fasse son dossier

AUTRE PERSONNE AUTORISÉE (BEAUX-PARENTS / TUTEUR)

Qualité :

Nom (M. - Mme) :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

E-mail personnel :

E-mail professionnel :

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve) ☐ Vie maritale

Employeur :

Adresse :

Téléphone :

Nous, soussignés (es) _____ ,

certifions l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services auxquels notre (nos) enfant (s) sera (ont) inscrit (s) et déclarons en accepter les modalités et nous engageons à informer le CCAS et la Mairie de tout changement de coordonnées ou d'état civil.

Date :

Signature des 2 responsables :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

ASTHME

☐ non ☐

ALIMENTAIRES

☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

[illegible]

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM

Adresse :

N° Téléphone Mère:Téléphone Père:

E-mail parents :

Date de naissance :

Nationalité : Sexe :

Nom médecin traitant :Tél. :

En cas de séparation, préciser l'adresse du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (ou tutelle) :

INFORMATIONS DIVERSES

AUTORISATIONS

A participer aux activités Eterlou

☐ OUI

☐ NON

A être hospitalisé en cas d'urgence

☐ OUI

☐ NON

A utiliser le bus/car en cas de sortie

☐ OUI

☐ NON

A rentrer seul (écrit obligatoire, voir formulaire)

☐ OUI

☐ NON

Autorisation photos/vidéos

☐ OUI

☐ NON

Si oui, à une diffusion sur le journal et sur le site internet de la ville et du CCAS

☐ OUI

☐ NON

Merci de bien répondre à l'ensemble des demandes d'autorisations.

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant

(une pièce d'identité sera à présenter au responsable)

QUALITE	NUMERO DE TELEPHONE	

Personnes interdites (acte de jugement obligatoire) à récupérer l'enfant

Nous, soussignés (es) _____,

certifions l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier unique.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services auxquels notre (nos) enfant (s) sera (ont) inscrit(s) et déclarons en accepter les modalités et nous engageons à informer le CCAS et la Mairie de tout changement de coordonnées ou d'état civil.

Date :

Signature des 2 responsables :