



Midi Corrèzien
Communauté de communes



Accueil de loisirs

Communauté de Communes Midi Corrèzien
Service Enfance / Jeunesse

10 côte de Pierretailade
19500 Meyssac

☎ 05 55 84 02 12

✉ alsh@midicorrezien.com

🌐 midicorrezien.com





Côté pratique

L'accueil de loisirs ouvre ses portes à 7h30 et ferme à 18h30.

Mettre un goûter (qui ne craint pas la chaleur si possible) ainsi qu'une bouteille d'eau chaque jour dans le sac de vos enfants.

Prévoir pour les plus petits un sac de change complet.

Dès les beaux jours...

Mettre obligatoirement dans le sac une casquette ainsi qu'un tube de crème solaire, marqués au nom de l'enfant qui pourront rester au centre.

Il est recommandé d'éviter les vêtements neufs.

Pour les jours de sortie prévus sur le planning, il est également recommandé de mettre des baskets et une tenue adaptée à l'activité prévue.

Pièces à fournir

Chaque famille remplit un dossier unique d'inscription par enfant, renouvelé par année suivant l'évolution des situations familiales.

Il doit être également fourni les documents demandés :

- Fiche de renseignements et fiche sanitaire
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie des vaccinations (2 pages)
- Justificatif du quotient familial ou dernier avis d'impôt
- Mandat de prélèvement SEPA
- RIB

Des aides de la CAF peuvent être déduites sur présentation des PASS ALSH

L'enfant

NOM :

Prénom :

sexe : Masculin Feminin

Jour

Mois

Année À

Département :

Né(e) le :

ALSH fréquenté : Meyssac Tudeils

Responsables

Situation familiale :

Divorcés/séparé Mariés Pacsés Union Libre Veuf(ve)

Mère

Père

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Portable :

Portable :

Adresse :

Adresse :

CP-Ville :

CP-Ville :

Mail :

Mail :

N° allocataire CAF :

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA:

N° allocataire MSA:

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Téléphone :

Téléphone :

CP-ville :

CP-ville :

Autorité parentale : Oui Non

Autorité parentale : Oui Non

Facturation

Facture adressée :

à la mère

au père

autre, précisez

Modalité de paiement :

Paiement par prélèvement

Oui

Non

Pour nous permettre de calculer notre quotient familial :

- Je fournis mon numéro d'Allocataire CAF 19 pour permettre l'utilisation de « Mon compte Partenaire » et je complète la demande d'autorisation (cf : fiche des autorisations)

- Je joins un attestation d quotient familial CAF ou MSA (du mois en cours) (si je refuse l'utilisation du service « Mon compte Partenaire » ou si je viens d'un autre département)

- Je ne suis pas allocataire CAF ou MSA, je fournis le dernier avis d'imposition (du couple ou des deux conjoints)

- Je ne souhaite pas transmettre mes ressources, je paierai le tarif le plus élevé

Fiche sanitaire 2024 / 2025

Nom, Prénom :	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Né(e) le :	Jour <input type="text"/>	Mois <input type="text"/>	Année <input type="text"/>
------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

Médecin traitant :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-------------	----------------------

Vaccinations

DTP (vaccin diphtérique, tétanique et poliomyélitique) effectué le :

Fournir une copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou un certificat de vaccination.

Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Oreillons Scarlatine Coqueluche Rougeole

L'enfant présente-t-il des allergies ? Oui Non

Aucune Médicamenteuses Alimentaires Autres

Préciser la cause de (ou des) l'allergie(s) et la conduite à tenir :

L'enfant fait -il de l'asthme ? Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical ainsi qu'une autorisation parentale à administrer le traitement en cas de besoin, nous indiquer les démarches à suivre et fournir le traitement dans son emballage d'origine)

Votre enfant est-il en situation de handicap (bénéficiaire de l'AEEH) Oui Non

A-t-il des besoins particuliers ? Oui Non

Si oui, prendre RDV avec l'ALSH pour établir un Projet d'Accueil Adapté afin de prévoir les modalités d'accueil en fonction des besoins de votre enfant.

Les difficultés de santé de votre enfant

Veuillez indiquer les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accidents, crises convulsives, opérations...) et la conduite à tenir :

Contre-indications

Votre enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certains sports ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Recommandation utiles :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des yoyos... : Oui Non

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Autres informations importantes (phobies, difficultés de sommeil...) :

Autorisations

Autorisation de participation aux sorties avec ou sans transport

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées à l'extérieur de l'accueil de Loisirs par

l'équipe d'animation

Oui

Non

J'autorise mon enfant à prendre tout moyen de locomotion (car, mini-bus) pour les activités nécessitant un déplacement

Oui

Non

Autorisation de filmer et photographier

J'autorise l'équipe d'animation à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités

Oui

Non

Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Oui

Non


Autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :
Merci de renseigner les noms, prénoms, liens de parenté, téléphones.

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Responsables de l'enfant :

Père :

Nom, Prénom :

 Portable :

Adresse :

CP-Ville :

Mère :

Nom, Prénom :

 Portable :

Adresse :

CP-Ville :

En cas de divorce ou séparation, veuillez indiquer quel parent exerce l'autorité parentale :

Père

Mère

Les deux parents

Je soussigné (e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions

Signatures des responsables légaux :

Père :

Mère :

Fiche d'autorisations

2024 / 2025

Dans le cadre d'un partenariat avec la CAF de la Corrèze, l'accueil de Loisirs Midi Corrèzien, celle-ci permet à un référent, après autorisation des familles, de consulter sur accès sécurisé votre quotient familial via « Mon Compte Partenaire » (uniquement votre quotient familial) ou sur la plateforme VACAF (aides aux familles).

La Communauté de Communes s'engage à la confidentialité de ces informations, qui ne seront utilisées et conservées (selon la réglementation) que dans le cadre du calcul du tarif de l'ALSH.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant (règlement général mentionné dans le règlement intérieur).

Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier. En l'absence de justificatifs, le tarif maximum vous sera appliqué

Je soussigné (Nom, prénom) autorise la Communauté de communes à consulter mes données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » et « VACAF », en utilisant mon numéro

Nom et prénom de l'allocataire, responsable de (des) enfants

A

Signature :

Règlement intérieur

La famille s'engage à suivre le règlement intérieur instauré par la Communauté de communes Midi Corrèzien.

La direction se réserve le droit d'exclure à titre temporaire ou définitif, les membres qui ne se conformeraient pas au règlement notamment sur le respect des horaires des accueils de loisirs ou la présence réelle des enfants par rapport aux inscriptions faites.

Nom et Prénom du représentant légal

A

Le

Signature :

AVEC LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE, VOS RÈGLEMENTS EN TOUTE TRANQUILLITÉ !

Madame, Monsieur,

Pour faciliter les démarches de ses usagers, la Communauté de Communes Midi Corrézien vous propose désormais de prélever sur votre compte bancaire, les factures relatives à l'accueil de loisirs .

Le prélèvement automatique est en effet, un moyen de paiement :

SÛR :

vous n'avez plus de courrier à envoyer, de déplacement à effectuer. Vous être sûr de payer à la date limite de paiement indiquée sur votre facture sans risque de retard, même lorsque vous êtes absent !

SIMPLE :

vos factures vous sont adressées comme par le passé ; vous connaîtrez à l'avance, la date et le montant exact du prélèvement. Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement sera automatiquement reconduit.

SOUPLE :

vous changez de compte ou d'agence bancaire ... un simple coup de fil à la Communauté de Communes pour avertir les services et leur transmettre votre nouveau RIB par courrier.

Vous souhaitez renoncer à votre contrat, informez les services, par simple lettre 30 jours avant la prochaine échéance.

COMMENT FAIRE ?

Il vous suffit de nous retourner simplement le mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné de votre dernier relevé d'identité bancaire.

En espérant que cette nouvelle proposition de règlement recueillera votre adhésion, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes cordiales salutations.

Le Président,

Alain SIMONET



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : PRÉLÈVEMENT À L'ÉCHÉANCE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes MIDI CORRÉZIEN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et conformément aux instructions de la Communauté de Communes MIDI CORRÉZIEN.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant créancier SEPA

FR 29 ZZZ 666 460

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, prénom : <input type="text"/>	COMMUNAUTÉ DE COMMUNES MIDI CORRÉZIEN Rue Émile Mombrial 19120 BEAULIEU-SUR-DORDOGNE FRANCE
Adresse : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	
Ville : <input type="text"/>	
Pays : <input type="text"/>	

Désignation du compte à débiter

Identification internationale (IBAN)

IBAN

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

Signature :

Le :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes MIDI CORRÉZIEN. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Communauté de Communes MIDI CORRÉZIEN

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.