



## **Le choix du tarif « forfait » ou « occasionnel » est définitif pour l'année scolaire.**

### **Le choix « forfait »**

Le choix du forfait entraîne une facturation lissée et mensualisée de Septembre à Juin et votre place est réservée pour l'année scolaire. Aucune modification ne pourra avoir lieu en cours d'année sauf déménagement ou perte d'emploi (avec justificatif obligatoire). Le choix du forfait est possible jusqu'au 31 Octobre.

Pour les enfants fréquentant l'Accueil Périscolaire et Mercredi « au forfait », le dossier d'inscription suffit. La place sera réservée pour l'année scolaire : Périscolaire matin ou soir, matin et soir, mercredi de l'année.

### **Le choix « occasionnel »**

Les enfants fréquentant l'accueil périscolaire en occasionnel ou accueil mercredi en occasionnel devront systématiquement s'inscrire auprès du service Pep28 par le biais du coupon planning à disposition à la Maison France Service, aux accueils concernés ou sur notre site internet : [www.lespep28.org](http://www.lespep28.org)

La facture sera établie en fonction du coupon planning rempli par la famille (sauf sur présentation d'un certificat médical au nom de l'enfant sous 48h maximum en cas d'absence).

Remplir et rendre le coupon planning occasionnel au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante de la venue de l'enfant et sous réserve de places disponibles. Vous pouvez annuler une date ou plusieurs sur le coupon au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante également.

## **INSCRIPTION A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE**

L'Association des PEP28 vous propose un accueil périscolaire dans la limite des places disponibles.

Accueil en Forfait (Tous les matins et/ou tous les soirs)

- Matin
- Soir
- Matin et Soir

Accueil en Occasionnel (Coupon à remplir)

## **INSCRIPTION A L'ACCUEIL MERCREDIS**

L'Association des PEP28 vous propose un accueil mercredis dans la limite des places disponibles.

Accueil en Forfait (Tous les mercredis)

- Journée complète (avec repas)
- Matin avec repas
- Après-midi sans repas

Accueil en Occasionnel (Coupon à remplir)

## **INSCRIPTION A L'ACCUEIL VACANCES SCOLAIRES**

L'Association des PEP28 vous propose un accueil pendant les vacances scolaires dans la limite des places disponibles.

Vacances (Coupon à remplir par période)

# INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS PETITES ET GRANDES VACANCES

Les dates d'inscriptions définitives sont communiquées sur la plaquette d'informations aux familles, sur le site internet des PEP 28 ainsi que sur les accueils de loisirs.

**Attention :** Une inscription est obligatoire pour chaque période de vacances (cf règlement de fonctionnement).

Vous pouvez inscrire votre (ou vos) enfant(s) sur votre espace famille si vous en avez demandé l'accès (cf accès portail famille)

## **Justificatifs à communiquer avec le dossier :**

- ✓ Fiche sanitaire avec photo obligatoire
- ✓ Numéro allocataire CAF (Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 pour les familles affiliées à la MSA ou autre)
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires

Nous attestons sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus, et nous nous engageons à signaler tout changement significatif dans notre situation.

L'Association des PEP 28 souhaiterait mettre en place un comité des usagers des services périscolaires, extrascolaires, c'est une instance de démocratie participative. Les parents participants peuvent s'exprimer, être écoutés et de faire des propositions pour améliorer les actions. **Souhaitez- vous participer au comité des usagers ?**

Oui

Non

Je m'engage, après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, à respecter tant pour moi que pour mon enfant **le Règlement de fonctionnement** en vigueur dans l'accueil.

La signature de ce document vaut l'acceptation pleine et entière du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs Périscolaire et Extrascolaire de l'Association des PEP 28.

A : .....

Le : .....

**Signatures des Titulaires de l'Autorité Parentale :**

# ACCES PORTAIL FAMILLE

Je soussigné(e) (NOM + Prénom) : .....

Adresse mail : .....

Titulaire de l'Autorité parentale de l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

Souhaite avoir accès au Portail Famille afin de réserver les vacances scolaires, payer les factures ou prévenir de tout changement concernant mes coordonnées (NOM, mail, adresse etc...)

*PS : Pour les familles qui ont accès déjà accès au Portail Famille, vous n'avez pas besoin de faire une nouvelle demande, les codes d'accès reste valable pour l'année 2025/2026.*

A : .....

Le : .....

Signatures des Titulaires de l'Autorité parentale :



Dans le cadre d'une recherche écologique, nous vous informons que l'Association des PEP28 se propose de vous envoyer vos factures en format électronique (PDF) par l'intermédiaire de votre adresse mail.

Afin de nous permettre de vous adresser votre facture par mail, nous vous remercions de compléter le formulaire ci-dessous :

**NOM de famille :** .....

NOM et PRENOM de l'enfant : .....

J'accepte de recevoir ma facture par mail

Adresse mail valide : .....

Je m'engage à vous informer de tout changement d'adresse mail dans les meilleurs délais.

Pour le règlement, vous pouvez éditer vous-même la facture et nous le transmettre accompagné du coupon détachable.

Je refuse de recevoir ma facture par mail

A : .....

Le : .....

**Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :**



## **TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ**

### **Liste des documents à joindre :**

- Dossier Unique
- Fiche sanitaire avec photo obligatoire
- Numéro allocataire CAF (Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 pour les familles affiliées à la MSA ou autre)
- Photocopie des vaccins de votre enfant
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires

### **Le dossier COMPLET sera à déposer :**

- A la Maison France Services – 38, rue Charles Renard 28350 SAINT-LUBIN-DES-JONCHERETS – aux horaires d'ouvertures (Voir Plaquette)
- Par mail : [secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr](mailto:secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr)

A compter du 08 Février 2025 et jusqu'au :

**VENDREDI 27 JUIN 2025**

Une permanence d'inscription se tiendra Samedi 08 Février 2025 à la Mairie de SAINT-LUBIN-DES-JONCHERETS de 9h00 à 12h00.

**AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE  
PHOTOGRAPHIE**

*(Pour une personne mineure)*

Je soussigné(e) :  Monsieur  Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

**AUTORISE (cochez les cases utiles) :**

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant(s).

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant(s) dans le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après :

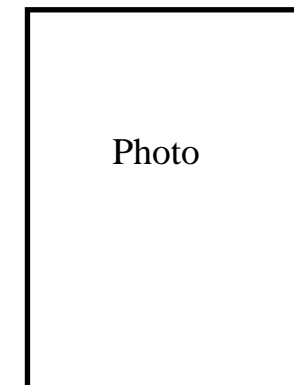
site Internet des PEP, site Internet des PEP28, plaquette de communication pour l'ADPEP28 et autres publications diverses en rapport avec les PEP28 ou la fédération des PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Internet de la Ville.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à : .....

Le : .....

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :



**Fiche Sanitaire  
NONANCOURT**

- Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel
- Accueil de Loisirs 6-12 ans Elémentaire

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de Naissance : .....

**TITULAIRE DE L'AUTORITE PRENTALE :**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel domicile : ..... Tel Pro : .....  
Email : .....  
Tel Portable : .....  
N° Sécu : ..... Centre de Sécu : .....  
Employeur : ..... Profession : .....  
Régime allocataire :  
 CAF N° CAF : .....  
 MSA N° MSA : .....  
 Autres  
Sous tutelle financière :  Oui  Non  
Organisme de tutelle : .....

**PARENT 1**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel domicile : ..... Tel Pro : .....  
Email : .....  
Tel Portable : .....  
N° Sécu : ..... Centre de Sécu : .....  
Employeur : ..... Profession : .....

**PARENT 2**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel domicile : ..... Tel Pro : .....  
Email : .....  
Tel Portable : .....  
N° Sécu : ..... Centre de Sécu : .....  
Employeur : ..... Profession : .....

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse :  Oui  Non

Précisez : .....

Autorisation intervention médical :  Oui  Non

Certificat médical présent avec ce document :  Oui  Non

Médecin traitant : .....

Demande de PAI alimentaire :  Oui  Non

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation etc...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives etc...) :

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) : .....

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à : .....

Le : .....

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs. Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

## **Pour vous joindre en cas d'urgence**

PARENT 1 (NOM + Prénom) : .....

Domicile : .....

Portable : .....

Pro : .....

PARENT 2 (NOM + Prénom) : .....

Domicile : .....

Portable : .....

Pro : .....

## **Autres personnes à prévenir en cas d'accident**

NOM Prénom : .....

Téléphone : .....

NOM Prénom : .....

Téléphone : .....

NOM Prénom : .....

Téléphone : .....

## **Personnes habilitées à récupérer l'enfant**

NOM : .....

Prénom : .....

NOM : .....

Prénom : .....

NOM : .....

Prénom : .....