



**CENTRE AERE (4-12 ans)  
ETE 2021  
Lieu : ADEPPA VIGY**



Dossier d'inscription à déposer en mairie pour **le 26 avril 2021** au plus tard :

- Au bureau périscolaire aux heures d'ouverture
- Dans la boîte aux lettres « Mairie » en cas de fermeture

Le Centre Aéré est proposé **du lundi 12 juillet au vendredi 13 août 2021** pour les enfants de 4 à 12 ans (4 ans révolus).

**Inscriptions à la semaine (attention places limitées)**

**Les enfants n'habitant pas Gandrange seront accueillis en fonction des places restant disponibles après inscriptions des enfants de la ville.**

### **HORAIRES**

- ⇒ **Accueil le matin à partir de 7h30 au préau de l'école Blanchet**
- ⇒ **Départ à 8h30 en bus**
  
- ⇒ **Retour le soir à 17h30 au préau de l'école Blanchet**
- ⇒ **Reprise des enfants au plus tard à 18h00**

En cas d'absence de votre enfant, il vous appartient de contacter directement le secrétariat du centre ADEPPA au 03.87.77.92.09 en précisant que votre enfant fait partie du groupe de Gandrange.

**Adresse du Centre ADEPPA :**

34 Avenue Charlemagne 57640 Vigy



## TARIFS

Mode de calcul du quotient familial : Totaliser tous les revenus annuels, hors prestations sociales, sans aucune déduction, y ajouter, le cas échéant, les revenus perçus à l'étranger avant retenue de l'impôt. Diviser par le nombre de parts : Voir avis d'imposition ou non-imposition revenus 2019 sur les revenus 2018. (Vous n'avez pas besoin de fournir l'avis d'imposition, le RIB et formulaire SEPA si votre enfant fréquente le périscolaire pour la saison 2020-2021)

### 1<sup>er</sup> Enfant :

<i>Code Tarif</i>	<i>Quotient familial</i>	<i>Total semaine (5 jours)</i>
<i>1</i>	<i>Jusqu'à 8 000 €</i>	<i>70.00 €</i>
<i>2</i>	<i>De 8 001 € à 13 000 €</i>	<i>78.00 €</i>
<i>3</i>	<i>A partir de 13 001 €</i>	<i>86.50 €</i>
<i>4</i>	<i>Non Gandrangeois</i>	<i>109.00 €</i>

### 2<sup>ème</sup> Enfant :

<i>Code Tarif</i>	<i>Quotient familial</i>	<i>Total semaine (5 jours)</i>
<i>1</i>	<i>Jusqu'à 8 000 €</i>	<i>65.00 €</i>
<i>2</i>	<i>De 8 001 € à 13 000 €</i>	<i>73.00 €</i>
<i>3</i>	<i>A partir de 13 001 €</i>	<i>81.50 €</i>
<i>4</i>	<i>Non Gandrangeois</i>	<i>109.00 €</i>

**LA FACTURE SERA PRELEVEE EN FIN DE CENTRE  
JOINDRE UN RIB ET COMPLETER LE FORMULAIRE SEPA**

### PEUVENT VENIR EN DEDUCTION POUR LES BENEFICIAIRES :

Les aides ne pourront être déduites sans les justificatifs

- ↳ La participation du Comité d'Entreprise (joindre l'attestation)
- ↳ Les coupons CAF « Aides aux vacances » année 2021 (joindre coupon)

N. B : Règlement par Chèques Vacances non accepté.

En cas d'absence, fournir une copie du certificat médical. Pour toute absence sans justificatif, une somme égale au prix de journée sera réclamée à la famille.





**Centre Aéré été 2021 (4 à 12 ans)**  
**Fiche de Renseignements**  
**Lieu : ADEPPA VIGY**

PHOTO

**1 - Renseignements concernant l'Enfant**

N° :

<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>	
Date de Naissance	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nationalité	<b>Numéro CAF</b>

**2- Renseignements concernant le foyer où vit l'enfant :**

(1) rayer la mention inutile

Responsable légal de l'enfant : .....

**Père / Beau-père : (1)**

**Mère / Belle-mère : (1)**

Nom :  
 Prénom :  
 Adresse complète :  
 .....  
 .....  
 N° Téléphone domicile :  
 Portable :  
 Adresse E-Mail :  
 Profession :  
 Employeur :  
 Adresse complète de l'Employeur :  
 .....  
 .....  
 Téléphone Employeur :  
 En recherche d'un emploi ?     oui     non

Nom :  
 Prénom :  
 Adresse complète :  
 .....  
 .....  
 N° Téléphone domicile :  
 Portable :  
 Adresse E-Mail :  
 Profession :  
 Employeur :  
 Adresse complète de l'Employeur :  
 .....  
 .....  
 Téléphone Employeur :  
 En recherche d'un emploi ?     oui     non

N° Sécurité Sociale :  
 Situation familiale :  
 Marié    Divorcé    Célibataire  
 (rayer les mentions inutiles)

N° Sécurité Sociale :  
 Situation familiale :  
 Mariée    Divorcée    Célibataire  
 (rayer les mentions inutiles)

N.B : Pour les parents divorcés merci de joindre une copie du jugement de divorce

**Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom :  
 Prénom :  
 N° Téléphone :  
 Portable :

Nom :  
 Prénom :  
 N° Téléphone :  
 Portable :

# CHOIX DES SEMAINES D'INSCRIPTIONS

COCHER LA CASE DE LA (DES) SEMAINE(S) CHOISIE(S)



1) du 12 au 16 JUILLET  
(Férié le 14 juillet)

2) du 19 au 23 JUILLET

3) du 26 au 30 JUILLET

4) du 02 au 06 AOUT

5) du 09 au 13 AOUT

Allergies alimentaires : NON  OUI

Type allergie : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : NON  OUI

Si OUI précisez : Sans Porc  Sans viande

### **3 - AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné (e) .....  
autorise mon enfant.....  
à participer aux activités et sorties proposées.

#### **J'autorise mon enfant à participer à l'activité piscine (baignade surveillée)**

OUI       NON

#### **Votre enfant sait-il nager ?**

OUI       NON

#### **J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives**

OUI       NON

#### **En cas d'accident, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires, traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de mon enfant**

OUI       NON

#### **J'autorise mon enfant à effectuer certains déplacements :**

En minibus                       OUI       NON

En bus de location             OUI       NON

#### **J'autorise le personnel du centre ADEPPA à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et archives**

OUI       NON

#### **J'autorise le centre ADEPPA à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches ...)**

OUI       NON

### **4-Personnes autorisées à récupérer mon enfant :**

Nom/Prénom ..... Lien parenté : ..... Téléphone : .....

Adresse .....

Nom/Prénom ..... Lien parenté : ..... Téléphone : .....

Adresse .....

Nom/Prénom ..... Lien parenté : ..... Téléphone : .....

Adresse .....

Nom/Prénom ..... Lien parenté : ..... Téléphone : .....

Adresse .....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du responsable de l'enfant :  
(précédé de la mention "lu et approuvé")

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil extrascolaire (centre aéré) ? 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.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en bus de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) : ..... PROFESSIONNEL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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 47 ZZZ 859263

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom : <b>Commune de Gandrange</b>
Adresse : <b>Service Périscolaire et Extrascolaire</b> 17 Rue des Ecoles
Code postal : 57175
Ville : GANDRANGE
Pays : FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE</u>
IBAN	( )

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif   
Paiement ponctuel

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

--

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 (NOM DU CREANCIER). 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 (NOM DU CREANCIER).

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.