



Dossier unique d'inscription aux activités périscolaires et extrascolaires valable pour l'année scolaire 2023 – 2024

Ce dossier unique de demande d'inscription vous permet d'inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois aux activités :

- périscolaires « Garderie / Cantine »,
- extrascolaires « Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) ».

Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété et accompagné des justificatifs demandés,

par courrier ou sur place à l'adresse suivante :

Mairie de Saint-Hilaire de Lusignan
Pôle affaires scolaires et facturation
310 avenue Jean François-Poncet
47450 Saint-Hilaire de Lusignan

ou par courriel à :

compta-regies@sainthilairedelusignan.fr

avant le jeudi 13 juillet 2023

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Important

Le dossier d'inscription doit comporter les pièces justificatives suivantes :

- ✓ Attestation d'assurance scolaire
- ✓ Attestation de paiement CAF ou MSA
- ✓ Photocopie de la carte mutuelle
- ✓ Photocopie des vaccinations

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez joindre le pôle affaires scolaires et facturation au 05 53 87 52 38 du lundi au vendredi de 13h30 à 18h ou par mail compta-regies@sainthilairedelusignan.fr

Fiche de renseignements

Attention: Pour faciliter votre saisie, certains champs se remplissent automatiquement. Vous ne devez pas les effacer, il suffit de ne pas apposer votre signature sur les rubriques qui ne vous concernent pas.

Choix concerné par le dossier unique d'inscription

Garderie Cantine Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Représentant légal 1

Nom d'usage :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Qualité (père, mère, ...) :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Téléphone domicile :	<input type="text"/>	Téléphone mobile :	<input type="text"/>
		Courriel :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Téléphone professionnel :	<input type="text"/>
Percevez-vous des allocations familiales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Régime social :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	Autre : <input type="text"/>	N° allocataire: <input type="text"/>
Quotient familial :	<input type="text"/>		
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Autre : <input type="text"/>	

Représentant légal 2

Nom d'usage :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Qualité (père, mère, ...) :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Téléphone domicile :	<input type="text"/>	Téléphone mobile :	<input type="text"/>
		Courriel :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Téléphone professionnel :	<input type="text"/>
Percevez-vous des allocations familiales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Régime social :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	Autre : <input type="text"/>	N° allocataire: <input type="text"/>
Quotient familial :	<input type="text"/>		
Situation Familiale :	<input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Autre : <input type="text"/>	

Fait à : Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

À compléter impérativement

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre en charge mon(mes) enfant(s)
(autre que les parents)

3 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Personne 1

À appeler en cas d'urgence : Nom : Prénom :
Autorisée à prendre l'enfant :

Lien de parenté avec l'enfant :

Téléphone domicile : Téléphone mobile :

Adresse complète :

Personne 2

À appeler en cas d'urgence : Nom : Prénom :
Autorisée à prendre l'enfant :

Lien de parenté avec l'enfant :

Téléphone domicile : Téléphone mobile :

Adresse complète :

Personne 3

À appeler en cas d'urgence : Nom : Prénom :
Autorisée à prendre l'enfant :

Lien de parenté avec l'enfant :

Téléphone domicile : Téléphone mobile :

Adresse complète :

Fait à : Le : Signature(s) obligatoire(s) :

Autorisation de la publication de l'image de mon(mes) enfant(s)

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1 :	Enfant 2 :	Enfant 3 :
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Autorise la Mairie à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités scolaires et périscolaires. Ceux-ci pourront être reproduits par la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux, réseaux sociaux ou autre support de presse).

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Fait à : Le : Signature(s) obligatoire(s) :

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1 :	Enfant 2 :	Enfant 3 :
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

Reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs relatifs à l'accueil périscolaire et à l'ALSH consultables en ligne (Rubrique Votre Mairie – Démarches en ligne - [Demander une inscription à la garderie, la cantine et l'ALSH](#)), déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie.

Mairie de Saint-Hilaire de Lusignan
Pôle affaires scolaires et facturation
310 avenue Jean François-Poncet
47450 Saint-Hilaire de Lusignan

ou par courriel à :

compta-regies@sainthilairedelusignan.fr

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Fiche d'inscription scolaire et périscolaire

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Classe : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Classe : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Classe : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Inscription à la garderie

Garderie de 7h30 à 8h50 et de 16h30 à 18h30			
	Matin 7h30 - 8h50	Soir 16h30 - 18h30	Préciser les horaires de présence à titre indicatif
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matin <input style="width: 80px;" type="text"/> Soir <input style="width: 80px;" type="text"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matin <input style="width: 80px;" type="text"/> Soir <input style="width: 80px;" type="text"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matin <input style="width: 80px;" type="text"/> Soir <input style="width: 80px;" type="text"/>

Inscription à la cantine

De 12h00 à 13h20				
	L	Ma	J	V
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inscription à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Accueil de Loisirs Sans Hébergement de 7h30 à 18h30			
	Mercredi	Petites vacances	Grandes vacances
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adhésion au prélèvement automatique

Adhésion au prélèvement automatique : Oui Non

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez adhérer au contrat et compléter le mandat de prélèvement SEPA (Rubrique : Votre Mairie – Démarches en ligne - [Payer mes factures](#)).

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Fiche sanitaire de liaison **Enfant 1**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Enfant 1

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	--	---	---

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

Vaccins	Oui/Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou DT polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Autres (préciser)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

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.

Recommandations médicales concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre: <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---	--	--

Préciser les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en indiquant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Médecin de famille

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--	--

Fait à : Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Fiche sanitaire de liaison **Enfant 2**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Enfant 2

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	--	---	---

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	Oui/Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou DT polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Autres (préciser)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

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.

Recommandations médicales concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre: <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---	--	--

Préciser les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en indiquant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Médecin de famille

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--	--

Fait à : Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Fiche sanitaire de liaison **Enfant 3**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Enfant 3

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	--	---	---

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	Oui/Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou DT polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Autres (préciser)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

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.

Recommandations médicales concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre: <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---	--	--

Préciser les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en indiquant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Médecin de famille

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Téléphone: <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--	---

Fait à : Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Annexe - Fiche des tarifs

Les tarifs sont déterminés en fonction du quotient familial des familles.

Garderie

Tranches horaires de 07h30 à 08h50 et 16h45 à 18h00 :

- QF < 705 € : 5,00 € par mois et par enfant
- QF > 706 € : 6,00 € par mois et par enfant

Tranche horaire de 18h00 à 18h30 :

- QF < 705 € : 8,00 € par mois et par enfant
- QF > 706 € : 8,00 € par mois et par enfant

Cantine

Le prix du repas est ce jour de * 3,50 € par enfant. Ce tarif est le prix payé par la Commune auprès du prestataire ELIOR, le goûter n'est pas facturé. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction des prix du prestataire ou encore dans le cadre de l'application de la loi EGALIM. * Le Conseil Municipal a délibéré le 15 février 2022 concernant les familles hors commune dont les enfants sont scolarisés à Saint-Hilaire de Lusignan. Il sera demandé un supplément de 1 €/enfant par repas.

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

*

QF	Journée avec repas	Journée sans repas	1/2 journée avec repas	1/2 journée sans repas	Repas seul
de 0 à 705 €	6,50 €	4,50 €	5,50 €	3,00 €	4,00 €
de 706 à 1 100 €	8,75 €	5,75 €	6,75 €	4,00 €	4,00 €
> 1 100 €	11 €	7,00 €	8,00 €	5,00 €	4,00 €

* Un supplément de 2,50 €/enfant par jour de présence à l'ALSH sera demandé aux familles extérieures à la communauté d'Agglo d'Agen.