



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2022-2023

## Accueil Périscolaire et cantine

Pièces à joindre :

- ✓ Le dossier dûment rempli ainsi que la fiche sanitaire et 1 photo
- ✓ Une photocopie de l'avis d'imposition 2022 **du FOYER** sur les revenus de **l'année 2021**
- ✓ Photocopie des vaccins
- ✓ Un document juridique en cas de séparation ou de garde alternée.

### Inscriptions :

Elles ont lieu au bureau 109 aux horaires d'ouvertures de l'Hôtel de Ville à partir du lundi 8 août à 14h00

En dehors de ces dates, les dossiers peuvent être téléchargés sur le site de la Ville :

[www.bognysurmeuse.fr](http://www.bognysurmeuse.fr)

	1 ER ENFANT	à partir du 2 ème ENFANT
TARIF 1 : Ressources familiales < 22 000 €	Matin (7h00-8h30) : 1.25 € Midi (11h30-13h30) : 2.00 € + repas : 1 € = <b>3 €</b> Soir (16h30-18h00) : 1.25 €	Matin (7h00-8h30) : 1.00 € Midi (11h30-13h30) : 1.50 € + repas : 1 € = <b>2.50 €</b> Soir (16h30-18h00) : 1.00 €
TARIF 2 : Ressources familiales entre 22 000 € et 33 000 €	Matin (7h00-8h30) : 2.55 € Midi (11h30-13h30) : 3.50 € + repas : 3 € = <b>6.50 €</b> Soir (16h30-18h00) : 2.55 €	Matin (7h00-8h30) : 2.00 € Midi (11h30-13h30) : 2.90 € + repas : 3 € = <b>5.90 €</b> Soir (16h30-18h00) : 2.00 €
TARIF 3 : Ressources familiales > 33 000 €	Matin (7h00-8h30) : 5.10 € Midi (11h30-13h30) : 6.80 € + repas : 5 € = <b>11.80 €</b> Soir (16h30-18h00) : 5.10 €	Matin (7h00-8h30) : 4.00 € Midi (11h30-13h30) : 5.60 € + repas : 5 € = <b>10.60 €</b> Soir (16h30-18h00) : 4.00 €

(Ressources familiales = revenu brut global /nombre de part)

**Mode de règlements acceptés :** Espèces, chèque bancaire ou postal à l'ordre de JEUNESSE DE BOGNY SUR MEUSE, Carte bancaire uniquement sur l'espace Famille

HOTEL DE VILLE DE BOGNY-SUR-MEUSE

Place de l'Hôtel de Ville

08120 BOGNY - SUR - MEUSE

tél. : 03 24 53 94 20 fax : 03 24 53 94 39

e-mail : [serviceanimation@bognysurmeuse.fr](mailto:serviceanimation@bognysurmeuse.fr)



# VILLE DE BOGNY SUR MEUSE

## SERVICE ANIMATION DOSSIER 2022 - 2023

### FICHE SIGNALÉTIQUE

Ecole fréquentée  ABEL DECOPONS  VANNELLES  VICTOR HUGO  
 JOURDE  RENE HUGOT

Nom et prénom	Date de naissance	sexe	Classe et nom instituteur

NOM et prénom du Père : .....  
NOM et prénom de la Mère : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
E-mail : .....  
Situation de famille : .....  
N° allocataire CAF : .....  
N° de sécurité sociale du responsable légal : .....  
Assurance responsabilité civile : ASSUREUR.....N° contrat.....

### PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

- 1) Nom et prénom : .....  
Adresse .....  
Téléphone ..... Lien de parenté.....
- 2) Nom et prénom : .....  
Adresse .....  
Téléphone ..... Lien de parenté.....
- 3) Nom et prénom : .....  
Adresse .....  
Téléphone ..... Lien de parenté.....

Photo 1 <sup>er</sup> enfant
---------------------------------

Photo 2 <sup>e</sup> enfant
--------------------------------

Photo 3 <sup>e</sup> enfant
--------------------------------

Photo 4 <sup>e</sup> enfant
--------------------------------

Je soussigné (e) Mme – M. ....  
responsable légal de (s) l'enfant (s) .....  
.....  
inscrit (s) aux activités proposées par le service Animation de la Ville de BOGNY SUR MEUSE

✓ **Autorisation de transport :**

Dans le cadre de la cantine et des activités qui le nécessitent, les enfants seront transportés en bus ou mini bus suivant l'organisation mise en place par la Ville.

autorise mon enfant à prendre le bus en cas de nécessité

✓ **Droit à l'image :**

autorise l'équipe d'animation à photographier et/ou filmer mon (es) enfant (s) inscrit (s) au service périscolaire et à utiliser leur image dans la presse, dans le bulletin municipal, le site Internet de la Ville de BOGNY SUR MEUSE : [www.bognysurmeuse.fr](http://www.bognysurmeuse.fr) et les réseaux de la ville de Bogny-sur-Meuse et du service animation.

n'autorise pas l'équipe d'animation à photographier et/ou filmer mon (es) enfant (s) inscrit (s) au service périscolaire et à diffuser et publier l'image de mon (es) enfant (s).

✓ **Autorisation de sortie :**

En cas de nécessité, je m'engage à venir chercher mon enfant inscrit aux différentes activités.

D'autre part, **en mon absence**, pourront venir chercher mon enfant à ma place :

M., Mme, Mlle.....Lien de parenté.....

M., Mme, Mlle.....Lien de parenté.....

M., Mme, Mlle.....Lien de parenté.....

J'autorise  
 Je n'autorise pas } mon enfant à quitter les lieux d'activités seul

✓ **REGLEMENT INTERIEUR :**

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service animation et en accepte toutes les clauses.

Certifié exact,  
A BOGNY SUR MEUSE, Le .....  
Signature obligatoire :

(Cocher la case correspondante)

# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code De l'action Sociale et des Familles

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON       FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT :  
Pour l'année scolaire 2022 - 2023

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

L'enfant est-il à jour de ses vaccins oui  non  **Joindre la copie des vaccinations**

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.

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui  non                       MÉDICAMENTEUSES oui  non   
                         ALIMENTAIRES                      oui  non                       AUTRES .....

L'enfant peut-il se faire maquiller                      oui  non

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

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, **A T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIAL (SANS PORC, SANS VIANDE.....)**

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT : NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

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 :