



La Llagonne 2 mai 2024

### **Objet : Arrivée sur le territoire**

Pour faciliter vos démarches administratives, vous trouverez ci-dessous les différentes étapes relatives à l'inscription scolaire, périscolaire et extra-scolaire de votre enfant :

**Pour l'inscription, rendez-vous au Pôle enfance, jeunesse, santé & social, à la Communauté de communes Pyrénées Catalanes, Col de la Quillane, 66210 La Llagonne munis des documents suivants :**

- 1 photos d'identité pour le Pôle enfance Capcir Garrotxes
- 2 photos d'identités pour le RPI Haut-Conflent
- Numéro et attestation d'allocataire CAF/MSA (moins de trois mois), ou dernier avis d'imposition, pour le calcul du tarif garderie et accueil de loisirs
- Un R.I.B
- Une attestation d'assurance scolaire.
- Le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance
- Carnet de vaccination à jour.
- Un justificatif de domicile

### **Documents à compléter**

- Fiche de renseignements vierge à remplir
- Fiche sanitaire
- Signature règlement intérieur
- Fiche inscription périscolaire (garderie matin, soir, restauration scolaire.)
- Fiche transport cantine pour le RPI Haut-Conflent
- Mandat de prélèvement SEPA si vous réglez vos factures par prélèvement bancaire

**Pour enregistrer l'inscription de votre enfant par le directeur ou la directrice de l'école nous leur transmettrons :**

- Le certificat de radiation délivré par l'ancien établissement scolaire

## **Pour les enfants ayant des besoins particuliers (allergie alimentaire, traitement,...)**

- Une copie du PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).
- Une ordonnance du médecin traitant ou allergologue.
- Fiche d'un suivi complémentaire Hand'avant 66

Les PAI sont à renouveler chaque année, en aucun cas un enfant ne doit avoir les médicaments avec lui pour sa sécurité et celle de ses camarades.

## **Pour les parents séparés**

Photocopie du jugement

## **Transport Scolaire**

Si votre enfant doit utiliser les transports scolaires, la demande se fera directement en ligne sur le site : [www.lio.laregion.fr](http://www.lio.laregion.fr) avant le 31 juillet 2024. L'enfant devra être obligatoirement âgé de plus de 3 ans pour pouvoir bénéficier des transports.

## **Espace famille**

Vous allez recevoir par mail un lien pour vous inscrire à l'espace famille.

Cet espace vous permettra d'obtenir un accès aux réservations pour les centres de loisirs et mettre à jour votre fiche famille. Vous pouvez également y payer vos factures.

Pour les personnes ne souhaitant pas accéder à l'espace famille merci de vous rapprocher du service scolaire de la communauté de communes Pyrénées Catalanes au 04.36.80.49.86

Pour toutes autres questions :

tel : 04.68.04.49.86

mail : [contact.scolaire@pyrenees-catalanes.com](mailto:contact.scolaire@pyrenees-catalanes.com)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : ..... Niveau : ..... Classe : .....

### ÉLÈVE

Nom de famille : ..... Sexe : F  M   
Nom d'usage : .....  
Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : .....

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (\*) : .....

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : ..... Organisme : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires : Oui  Non

Nom : ..... Prénom : ..... Niveau : ..... Classe : .....

**AUTRES RESPONSABLES** qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

Lien avec l'élève (\*) : .....

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

L'élève habite à cette adresse : Oui  Non

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Courriel : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

L'élève habite à cette adresse : Oui  Non

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Courriel : .....

**PERSONNES À CONTACTER** (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

**SERVICES PÉRISCOLAIRES**

Restaurant scolaire : Oui  Non  Garderie du matin : Oui  Non

Études surveillées : Oui  Non  Garderie du soir : Oui  Non

Transport scolaire : Oui  Non

Date :

Signature des représentants légaux :

# Codes des professions et des catégories socio-professionnelles

## AGRICULTEURS EXPLOITANTS

10 Agriculteurs exploitants

## ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

21 Artisans

22 Commerçants et assimilés

23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

## CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES

31 Professions libérales

33 Cadres de la fonction publique

34 Professeurs, professions scientifiques

35 Professions de l'information, des arts et des spectacles

37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise

38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise

## PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés

43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 Clergé, religieux

45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise

47 Techniciens

48 Contremaîtres, agents de maîtrise

## EMPLOYÉS

52 Employés civils et agents de service de la fonction publique

53 Policiers et militaires

54 Employés administratifs d'entreprises

55 Employés de commerce

56 Personnels des services directs aux particuliers

## OUVRIERS

62 Ouvriers qualifiés de type industriel

63 Ouvriers qualifiés de type artisanal

64 Chauffeurs

65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport

67 Ouvriers non qualifiés de type industriel

68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal

69 Ouvriers agricoles

## RETRAITÉS

71 Retraités agriculteurs exploitants

72 Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise

74 Anciens cadres

75 Anciennes professions intermédiaires

77 Anciens employés

78 Anciens ouvriers

## AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé

83 Militaires du contingent

84 Elèves, étudiants

85 Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)

86 Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(\*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements





## Inscription périscolaire, extra-scolaire

Comprend le temps de garderie du matin, du soir et de la restauration.

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe à la rentrée 2024/2025 :

Ecole :

### Horaires RPI Haut-Conflent :

Ecole la Llagonne	8h40/11h40	13h40/16h40
Ecole Mont-Louis	8h45/11h45	13h45/16h45
Ecole la Cabanasse	8h35/11h40	13h40/16h35
Ecole St Pierre	8h30/11h50	13h50/16h30

Garderie de la Cabanasse : accueil le matin à partir de 7h30 à 10min avant le début de l'école, accueil le soir dès la sortie de l'école jusqu'à 18h30.

### Horaires Pôle enfance Capcir-Garrotxes :

	<i>Maternelle</i>	<i>Elémentaire</i>
Périscolaire matin (garderie)	7h45/8h45	7h45/8h45
Accueil école	8h50/9h05	8h50/9h00
Classe	9h00/11h50	9h00/12h30
Pause méridienne	12h00/13h30	12h30/14h00
Accueil école	13h20/13h30	13h50/14h00
Classe	13h30/16h30	14h00/16h30
Périscolaire soir (garderie)	16h30/18h15	16h30/18h15

Attention des modifications d'horaires pourront être apportées par les directeurs d'école.

L'accueil périscolaire est de 7h45 à 8h45

1) *Restauration scolaire :*

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire de la façon suivante, indiquez votre choix :

Forfait mensuel 60.00 €	
Demi-forfait 32 € (2j/semaine)	
L - M - J - V (entourez)	
Ticket repas* 5.20 €	

\*L'achat et la réservation des tickets repas se feront impérativement 15 jours avant, à la Communauté de communes Pyrénées Catalanes.

➤ **Les Projets d'Accueil Individualisé (PAI)**

**Aucun médicament n'est autorisé** dans le cadre scolaire, périscolaire et extrascolaire. En cas de traitement médical indispensable, il est obligatoire de fournir un PAI. (*Ordonnance et autorisation écrites des parents sont obligatoires*).

Le **Projet d'Accueil Individualisé** construit avec le médecin, les parents et la communauté éducative, fixe les conditions de prise en charge d'enfants posant des problématiques de santé (asthme, épilepsie, allergie, etc.) sur les temps scolaires, péri et extrascolaires. En cas d'allergie alimentaire, l'enfant est accueilli sur le temps de la pause méridienne avec un panier repas délivré par sa famille et conforme aux procédures sanitaires de stockage.

P.A.I. (**Protocole d'Accueil Individualisé**) :       Oui       Non

Merci de fournir une copie du P.A.I en cours de validité délivré par le médecin ou/et de l'ordonnance médicale.

L'enfant suit-il un traitement médical :       Oui       Non

*Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée. »).*

Nom, téléphone du Médecin traitant .....

.....

2) *Garderie périscolaire :*

Votre enfant fréquentera la garderie régulièrement :

Matin       Oui       Non

Soir       Oui       Non

Pour les changements occasionnels merci de mettre un mot dans le cahier de liaison.

**En aucun cas le téléphone personnel de l'agent sera utilisé.**

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel est rattaché l'enfant) :.....

N° d'allocataire CAF (merci de fournir une attestation du QF familial de la CAF) :.....

N° de la MSA (merci de fournir une attestation du QF familial de la MSA).....

La Communauté des communes adhère au système informatique proposé par la caisse d'allocations familiales des Pyrénées Orientales qui, après autorisation des familles, permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

La Communauté des communes s'engage à la confidentialité de ces informations qui ne seront utilisées que dans le cadre du calcul du quotient Familial.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

**J'autorise le service scolaire, périscolaire et extra-scolaire à consulter mon dossier allocataire CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires CAF) où MSAPRO**

Oui  Non

### *3) Autorisation de sortie périscolaire et extrascolaire*

Votre enfant fréquentera le centre de loisir :  oui  non

Accueil de loisirs La Cabanasse  Accueil de loisirs Matemale  Accueil de loisirs Mont-Louis

Je soussigné (e) ..... (mère, père, tuteur)

Autorise mon enfant : (cochez la/les cases correspondantes)

A participer à des activités extérieures à la structure nécessitant un transport à pied.

A participer à des activités extérieures à la structure nécessitant un transport en bus

Toute activité extérieure vous sera communiquée.

Autorise mon enfant mineur de plus de 10 ans, à quitter l'accueil de loisirs seul (valable toute l'année)

### *4) Photos, vidéos, images et son :*

Autorise mon enfant à être filmé, photographié et enregistré (son et image).

Oui  Non

Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur le site Internet de la Communauté de Communes Pyrénées Catalanes.

Oui  Non



- Par paiement en ligne : Sur le site : [http://www. www.payfip.gouv.fr](http://www.www.payfip.gouv.fr)
- Espace famille : lien : [http://www. www.payfip.gouv.fr](http://www.www.payfip.gouv.fr)
- Par chèque CESU : Uniquement pour la garderie, en ligne via le site de l'émetteur des CESU en votre possession.
- Par chèque à l'ordre du trésor public, à l'aide du papillon de paiement au bas de votre facture, directement à la trésorerie de Prades. SGC de Prades 11 avenue Beausoleil 66501 PRADES  
Tél. : 04.68.96.07.85 mail : [sgc.prades@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:sgc.prades@dgfip.finances.gouv.fr)

Adresse de facturation :  père  mère  famille d'accueil / tuteur

Envoie facturation :  mail  courrier postal  espace famille

Adresse mail .....

Autorisation de prélèvement :

Accueil de loisirs  oui  non

Restauration  oui  non

Garderie  oui  non

Je soussigné (e),.....

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la structure de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, familiale...) et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Le,..... A.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



# ANNEXE 1

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN

**Communauté de Communes  
Pyrénées Catalanes  
Col de La Quillane 66210 LA LLAGONNE**

Intitulé de compte :

**Mandat de prélèvement SEPA**

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

*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Référence Unique Mandat : RUM** (Réservé au créancier)

**Paiement : Récurrent**

### Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_

Adresse : (\*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_

Pays : FRANCE

### Identifiant Créancier SEPA :

FR 97ZZZ598694

Nom : Communauté de Communes Pyrénées Catalanes

Adresse : Col de La Quillane

Code postal : 66210

Ville : LA LLAGONNE

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

**Veillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier**

Le (\*) :

A (\*) : .....

Signature (\*) :

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.  
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*



Photo au  
format 3,5 x 4,5

Nom et Prénom  
du titulaire de la  
carte au dos de la  
photo

**INSCRIPTION AU TRANSPORT CANTINE**  
**(Uniquement pour les élèves**  
**RPI Haut - Conflent)**  
**2024/2025**

La carte cantine sera adressée à l'établissement scolaire



**ÉLÈVE**

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : ...../...../.....

**Sexe** :                                      F                                          M   

L'élève est-il titulaire d'une carte de transport cart'Astuce ou Carte des -25 ?

   OUI         NON   

Si oui, merci de préciser le numéro de la carte : .....

**ÉCOLE** : ..... **COMMUNE** : .....

**COMMUNE CANTINE** : .....

**REPRÉSENTANT LÉgal**

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**CP** : ..... **Ville** : .....

**Téléphone 1** : ..... **Téléphone 2** : .....

**Courriel** : .....@.....

Merci de renvoyer ce formulaire à  
**Communauté de communes**  
**Pyrénées Catalanes**  
**Col de la Quillane**  
**66210 La Llagonne**



**FICHE SANITAIRE**

Coller la photo

Nom et prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe rentrée 2024/2025 : .....

Responsable n°1 : NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Tel domicile : .....tel travail .....

Tel portable : .....

Mail : .....

Responsable n°2 : NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Tel domicile : .....Tel travail .....

Tel portable : .....

Mail : .....

Nom et téléphone d'une autre personne à prévenir et susceptible de vous joindre par la suite :

.....

Sécurité sociale : N° ...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle complémentaire\* : .....

(\* : dont dépend l'enfant).

Assurance scolaire : Société : .....

N° contrat : .....

Nom et tel médecin traitant : .....

**LES VACCINATIONS :** *Fournir une copie du carnet de santé pour la rentrée en petite section, après le rappel du DTP à l'âge de 6 ans, et pour une nouvelle inscription, merci de compléter le tableau suivant.*

Votre enfant **doit être vacciné** (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis, à l'école, en garderie, en centre de loisirs.

Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, **une admission provisoire est possible**. Vous avez alors 3 mois pour procéder aux vaccinations. En cas de refus, le directeur de l'école ou de la garderie peut exclure votre enfant.

Cf texte de loi: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171171>

**Pour rappel, pour les enfants nés à partir de 2018 les vaccinations obligatoires sont les suivantes :**

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B
- Hépatite B
- Infections invasives à pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, oreillons et rubéole

**Pour les enfants nés avant 2018**, les vaccins contre la coqueluche, l'hépatite B, les méningites (Haemophilus, pneumocoque et méningite C), la rubéole, et les oreillons sont conseillées en collectivité.

Le Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) sont **obligatoire**

Vaccinations obligatoires	Date derniers rappels
<b>DTP (enfants nés avant 2018)</b>	
<b>DTP, coqueluche, Haemophilus</b>	
<b>Hépatite B</b>	
<b>Rubéole-Oreillons-Rougeole</b>	
<b>Pneumocoque</b>	
<b>Méningocoque</b>	
<b>Autre préciser</b>	

**P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) :**  oui  non

Merci de fournir une copie du P.A.I en cours de validité délivré par le médecin ou/et de l'ordonnance médicale.

L'enfant suit-il un traitement médical  oui  non

Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée.

**ALLERGIES :**

Asthmes  Allergie cutanées  Allergie alimentaire  Allergie médicamenteuse

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles ?

Rougeole       Oui     non

Rubéole       Oui     non

Coqueluche     Oui     non

Scarlatine     Oui     non

Oreillons       Oui     non

Varicelle       Oui     non

En cas d'allergie, préciser la cause et la conduite à tenir puis fournir le protocole avec trousse d'urgence :

Indiquer ici les autres difficultés de santé et précaution à prendre :

(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Recommandations utiles signalées par les parents : (l'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire, problème de propreté ..... ) :

## **Autorisation de transfert, d'hospitalisation et d'intervention médicale ou chirurgie d'urgence**

Je soussigné(e).....(mère, père, tuteur)

Demeurant :.....

Responsable légal de l'enfant :.....

- Autorise la structure à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant.
- Autorise la structure à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence prioritairement à l'hôpital le plus proche.

Le cas contraire indiquer le nom, l'adresse et numéro de téléphone de l'hôpital :

- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires.

Fait à  
Le

Signature (précédée de la mention «lu et approuvé »)





# SI VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN SUIVI COMPLÉMENTAIRE

## Modalités d'inscription

Tout responsable légal, qui a complété dans la fiche de renseignements que l'enfant bénéficie d'un suivi complémentaire et/ou d'un projet personnel de scolarisation (P.P.S.), sera invité à rencontrer un-e responsable de la structure et Hand'avant 66\*. Une rencontre sera également organisée avec au minimum un responsable légal dès lors que l'enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.). Tout responsable légal prenant rendez-vous, pourra également s'entretenir avec un responsable de l'accueil pour préparer, respecter et adapter, le projet d'accueil mis en place avec et pour l'enfant.

\* Pôle Ressources Hand'avant 66 : Facilite l'accueil des enfants à besoin particulier - Accompagne et Sensibilise les équipes

## Modalités d'accueil

Si l'enfant bénéficie d'un suivi complémentaire et/ou d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) et/ou d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), un document dédié précisera les modalités de l'accueil pour garantir la sécurité physique, morale et affective de l'enfant et du groupe d'enfants dans lequel il évolue. Ces modalités d'accueil ne sont pas figées. Elles pourront être réajustées au regard : de l'évolution des besoins particuliers de l'enfant, de la présence d'un accompagnant complémentaire à l'équipe, de nouvelles préconisations élaborées entre Hand'avant 66 et l'équipe de la structure voire d'autres professionnel·le·s intervenant auprès de l'enfant. Après signature de chacune des parties, l'envoi d'une copie au Pôle Ressources Hand'avant 66 peut permettre une offre complémentaire pour répondre aux attentes du·des responsable·s légal·aux.

Tous les responsables légaux ayant coché les cases signalées en rouge  ci-dessous, devront bénéficier d'une rencontre de Hand'avant 66 et d'une proposition d'accompagnement de l'accueil selon leurs convenances.

Nom - Prénom

**SCOLARISATION** cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

Classe

École Maternelle  École Élémentaire  Collège  Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)  A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution

**L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ?** cocher la case correspondante.

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

**REGIME ALIMENTAIRE** cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

Aucun  Allergie  Autres troubles de santé  Autres Préciser .....

**SUIVI COMPLÉMENTAIRE** (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

**BÉNÉFICIAIRE DE L'AAEH** cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

**REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT** Renseigner les éléments si nécessaires

**Selon les éléments transm**

### **Présentation de proposition de PIÈCES A JOINDRE**

**Si PAI** : Document de **Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques**

**Si suivi complémentaire** : Justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATT, Hôpital de jour).

**Si PPS** : Notification CDAPH - Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou un avis favorable pour l'intervention d'un-e AESH y compris sur le temps méridien.

**Si AEEH** : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)

## Accusé de réception du règlement intérieur :

Le règlement intérieur est disponible

- Sur votre espace famille
- Sur le site <https://www.pyrenees-catalanes.net/>
- À la Communauté de Communes Pyrénées catalanes en version papier.

Je soussigné (e),

(père, mère, tuteur)

Nom de l'enfant

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription et m'engage à prévenir la structure de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, familiale...) et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Le,

A

Signature précédée de la mention « lu et approuvée »







Constitution du dossier de réinscription et d'inscription  
Scolaire, périscolaire et extra-scolaire

**A retourner complet lors des inscriptions** au service enfance-jeunesse-santé & social, Communauté de communes Pyrénées Catalanes, Col de la Quillane, 66210 La Llagonne.

**Nom :**

**Prénom :**

**Né(e) le :**

**Ecole :**

**Classe à la rentrée 2024/2025 :**

<b>Service administratif</b>	Réservé à l'administration
Fiche de renseignements à rectifier en ROUGE si nécessaire. Nouvel inscrit à remplir.	
Fiche d'inscription périscolaire à remplir	
RIB et autorisation de prélèvement automatique à compléter et/ou rectifier.	
Fiche d'un suivi complémentaire hand'avant 66 à compléter si besoin	
Fiche sanitaire à compléter /rectifier et signer. Nouvel inscrit à remplir.	
Numéro et attestation d'allocataire CAF/MSA (moins de trois mois) où dernier avis d'imposition. Pour le calcul des tarifs accueil de loisirs et garderie	
1 photo d'identité pour le Pôle enfance Capcir Garrotxes	
2 photos d'identité pour le RPI Haut- Conflent	
Si l'enfant suit un traitement médical : ordonnance OBLIGATOIRE +autorisation parentale	
Copie du PAI (protocole d'accueil individualisé)	
Photocopie carnet vaccination pour rentrer en TPS/PS, puis rappel DTP à l'âge de 6 ans et nouvelle inscription	
Justificatif de domicile	
Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident à remettre <b>au plus tard le 20 septembre 2024</b>	
Photocopie livret de famille	
Fiche transport bus midi RPI Haut-Conflent	
Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur	

Dossier arrivé  
le :