

DEMANDE D'ACCES au Portail Familles Services Périscolaires et Mercredis Récreatifs

Réservé Administratif
SCAN : DEFI :

A retourner par courriel à jeunesse.cc-cvv@orange.fr par courrier au 22 rue Louvière – 55190 Void Vacon
ou à déposer dans l'une des maisons des services (Commercy, Void ou Vaucouleurs)
pour le 15 Août au plus tard pour une inscription dès la rentrée scolaire.

ATTENTION : CE DOCUMENT NE VAUT PAS INSCRIPTION

Après traitement de votre demande, un mail avec un identifiant et un mot de passe sera envoyé au référent du dossier afin qu'il puisse faire les inscriptions et désinscriptions sur le Portail Familles.

Il est vivement conseillé de faire la demande d'accès dès à présent même si votre enfant ne fréquente pas le service pour l'instant. Ainsi, en cas de besoin ponctuel en cours d'année, l'accueil de votre enfant pourra avoir lieu en fonction de la capacité d'accueil du site dans le cadre des limites réglementaires d'encadrement.

MERCI DE COMPLÉTER LE FORMULAIRE EN MAJUSCULES

Renseignements concernant l'enfant

Nom	Prénom	Garçon Fille	Date de naissance	Ecole	Classe

Renseignements concernant les responsables légaux

Personne à facturer : _____

	Représentant légal 1 = Référent dossier	Représentant légal 2
Nom		
Prénom		
Adresse complète		
N° téléphone		
N° portable		
e-mail		
Date de naissance*		

**information devenue nécessaire pour identifier avec certitude le destinataire de la facture dans le système informatique de la DGFIP.*

FOURNIR l'attestation de QF de l'année en cours (à défaut le tarif maximum sera appliqué. Pour les allocataires CAF hors Meuse et MSA, vous devez nous fournir une attestation indiquant votre quotient familial)

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant et/ou à contacter en cas d'urgence (en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux)

NOM Prénom	Qualité	Mobile (ou à défaut fixe)	Autorise à récupérer mon enfant	A contacter en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non

Oui non Oui non

TARIFS ET HORAIRES du SERVICE PÉRISCOLAIRE

Jours	Accueil du matin	Accueil du midi avec repas	Accueil du soir avec goûter
Lundi Mardi Jeudi Vendredi	Forfait de 1€30 à 1€50 selon QF à partir de 7h à l'heure d'école (à partir de 7h30 pour les sites périscolaires des Cytises et de St Aubin)	Forfait de 3€75 à 3€95 selon QF	De 1€30 à 1€50 €/heure entamée selon QF de la sortie d'école à 17 H 30 et de 17 H 30 à 18 H 30

Attention : L'horaire effectif d'ouverture et de fermeture du service sera fixé après recensement des inscrits pour une fréquentation régulière et sera porté à la connaissance des usagers. Pour l'accueil du soir, chaque heure entamée est due.

TARIFS ET HORAIRES des MERCREDIS RÉCRÉATIFS

Site d'accueil	Accueil sans repas	Accueil avec repas
Commercy Maxey sur Vaise Void-Vacon	Matinée sans repas (de 6€60 à 6€80 selon QF) Après-midi sans repas (de 6€60 à 6€80 selon QF) Journée sans repas (de 10€40 à 10€80 selon QF)	Matinée avec repas (de 10€60 à 10€80 selon QF) Après-midi avec repas (de 10€60 à 10€80 selon QF) Journée avec repas (de 14€40 à 14€80 selon QF)

A noter : il y aura un accueil à partir de 7h00 sur les sites de Pagny sur Meuse, Rigny la Salle et Vaucouleurs avec une navette en direction du site le plus proche et un retour sur site le soir à partir de 17h15 jusqu'à 18h30.

DÉLAIS DE PRÉVENANCE POUR INSCRIRE / DÉSINSCRIRE

En vous connectant au Portail Familles : <https://cc-cvv.portail-defi.net>

LUNDI AVANT 8H30	Pour inscrire ou désinscrire le jeudi et vendredi de la semaine en cours
JEUDI AVANT 8H30	Pour inscrire ou désinscrire le lundi, mardi et mercredi de la semaine suivante

A noter : en cas d'urgence et d'impossibilité de respecter ces délais, il faut contacter directement le site périscolaire fréquenté par l'enfant par mail ou téléphone (coordonnées disponibles sur <http://cc-cvv.fr>)

Autorisations diverses

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1- J'autorise les animatrices à photographier mon enfant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2- J'autorise la CC CVV à diffuser les documents photos où apparaît mon enfant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3- J'autorise mon enfant à participer aux sorties | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Responsable(s)légal(aux) susnommé(s) de l'enfant : _____

Atteste (attestons) avoir pris connaissance des modalités d'inscription, de fonctionnement et de facturation des services périscolaires que j'accepte (nous acceptons) par la signature de cette fiche.

Vos données à caractère personnel sont ici collectées pour étudier votre dossier et traiter votre demande d'inscription scolaire. Elles sont conservées 2 ans après la fin de scolarité de votre enfant. Seuls les agents du service Enfance Jeunesse Education de la CC CVV y ont accès. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données, de limitation ou d'opposition au traitement, du droit à la portabilité et le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez exercer ces droits en contactant le Délégué à la Protection des Données : communication.cc-cvv@orange.fr.

Fait à _____, le _____

Signature(s) : Responsable légal 1

Responsable légal 2

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 - 2025

1. ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche est un document obligatoire pour l'accueil de votre enfant sur les différents dispositifs (périscolaire et extrascolaire) et vous sera demandée à chaque inscription.

2. VACCINATIONS (joindre photocopies des vaccins)

VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche*		R.O.R.*	
BCG		Pneumocoque*	
HÉPATITE B*		Autres : _____	

* Vaccins obligatoires

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES			ALLERGIES
<input type="checkbox"/> RUBÉOLE <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> RHUMATISME <input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OTITE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> ASTHME <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSE <input type="checkbox"/> AUTRES : _____

l'enfant suit un **traitement médical**.

Si **oui**, joindre obligatoirement son Projet d'Accueil Individualisé.

Aucun médicament ne pourra être administré sans PAI (voir règlement intérieur – services périscolaire et extrascolaire).

Allergies : Précisez la cause de l'allergie et la **conduite à tenir**

Indiquez ci-après les difficultés de santé : Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.) en indiquant les dates et les **précautions à prendre**.

4. PROPRETE DE L'ENFANT (pour les enfants de moins de 6 ans) :

Mon enfant : est propre Oui Non **porte des couches** Oui Non

Observations :

5. Recommandations utiles. L'enfant porte-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

6. Responsable de l'enfant

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL FIXE : _____ TÉL PORTABLE : _____ TÉL PRO : _____

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné(e), _____ responsable 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 du responsable :