

Communauté de Communes Arnon Boischaut Cher

Regroupant les communes de Chambon, Châteauneuf sur Cher, Chavannes, Corquoy, Crézançay-sur-Cher, La Celle-Condé, Lapan, Levet, Lignièrès, Montlouis, St Baudel, St Loup des Chaumes, St Symphorien, Serruelles, Uzay-le-Venon, Vallenay, Venesmes et Villecelin

SERVICE ENFANCE JEUNESSE

2 Rue Brune

18 190 CHATEAUNEUF SUR CHER

FONCTIONNEMENT DES SERVICES PERISCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS

Année scolaire 2020-2021



PERISCOLAIRE

Sites et Horaires :

Accueils	Lieux	Horaires ouverture / fermeture
BIGNY-VALLENAY	Réfectoire de l'école <i>Avenue Hubert Gaulier</i>	7h00 - 8h30 16h30 - 18h30
CHATEAUNEUF SUR CHER	Réfectoire des maternels <i>Place des Promenades</i>	7h00 - 9h00 16h30 - 18h30
LEVET	Complexe périscolaire <i>Impasse des Charmilles</i>	7h00 - 9h00 16h30 - 18h30
LIGNIERES	Ecole maternelle <i>Place du Champ de Foire</i>	7h00 - 9h00 16h30 - 18h00
UZAY LE VENON	Réfectoire de l'école <i>Rue de la République</i>	7h30 - 8h30 16h30 - 18h30
VENESMES	Réfectoire de l'école <i>Route de la Croix Blanche</i>	7h00 - 9h00 16h30 - 18h30

Tarifs :

Allocataire CAF

CDC ABC		Tarif à la demi-heure	Hors CDC ABC	
Quotient familial	matin /soir		Quotient familial	matin / soir
QF ? 599€	0,75 €		QF ? 599€	0,90 €
600€ ? QF ? 999€	0,80 €		600€ ? QF ? 999€	0,96 €
QF ? 1000€	0,85 €		QF ? 1000€	1,02 €

Aides de la CAF déduites

MERCREDIS

Sites : LEVET (*Impasse des Charmilles*) Ouverture à 7h

LIGNIERES (*Place du Champ de Foire*) Ouverture à 7h45

VENESMES (*24 Rue des Ecoles*) Ouverture à 7h

 Modification de lieu d'accueil possible selon le nombre d'inscrits !

Tarifs :

Allocataire CAF

CDC ABC			Hors CDC ABC		
Quotient familial	MATIN de 9h à 13h	JOURNEE de 9h à 17h30	Quotient familial	MATIN de 9h à 13h	JOURNEE de 9h à 17h30
QF ? 400€	3,50 €	6,00 €	QF ? 400€	4,20 €	7,20 €
401€ ? QF ? 586€	4,50 €	8,00 €	401€ ? QF ? 586€	5,40 €	9,60 €
QF ? 587€	6,00 €	11,00 €	QF ? 587€	7,20 €	13,20 €

Aides de la CAF déduites

Allocataire MSA

CDC ABC			Hors CDC ABC		
Quotient familial MSA	MATIN de 9h à 13h	JOURNEE de 9h à 17h30	Quotient familial MSA	MATIN de 9h à 13h	JOURNEE de 9h à 17h30
QF ? 600€ <i>(prise en charge MSA 90%)</i>	0,60 €	1,10 €	QF ? 600€ <i>(prise en charge MSA 90%)</i>	0,72 €	1,32 €
601€ ? QF > 800€ <i>(prise en charge MSA 70%)</i>	1,80 €	3,30 €	601€ ? QF > 800€ <i>(prise en charge MSA 70%)</i>	2,16 €	3,96 €
801€ ? QF < 1001 <i>(prise en charge MSA 60%)</i>	2,40 €	4,40 €	801€ ? QF < 1001 <i>(prise en charge MSA 60%)</i>	2,88 €	5,28 €
QF ? 1002	6,00 €	11,00 €	QF ? 1002	7,20 €	13,20 €

Aides de la MSA déduites

Péricentre Mercredis	
Matin de 7h à 9h	Soir de 17h30 à 18h30
0,80€/de mi-heure	forfait/1,60€

PETITES VACANCES

Sites : LEVET (*Impasse des Charmilles*) OU VENESMES (*24 Rue des Ecoles*)

Tarifs :

Allocataire CAF

CDC ABC	
Quotient familial	de 9h à 17h30
QF ? 400€	7,00 €
401€ ? QF ? 586€	9,00 €
QF ? 587€	12,00 €

Hors CDC ABC	
Quotient familial	de 9h à 17h30
QF ? 400€	9,40 €
401€ ? QF ? 586€	11,40 €
QF ? 587€	14,40 €

Aides de la CAF déduites / Prix du repas non compris

Allocataire MSA

CDC ABC	
Quotient familial MSA	de 9h à 17h30
QF ? 600€ <i>(prise en charge MSA 90%)</i>	1,20 €
601€ ? QF > 800€ <i>(prise en charge MSA 70%)</i>	3,60 €
801€ ? QF < 1001 <i>(prise en charge MSA 60%)</i>	4,80 €
QF ? 1002	12,00 €

Hors CDC ABC	
Quotient familial MSA	de 9h à 17h30
QF ? 600€ <i>(prise en charge MSA 90%)</i>	1,44 €
601€ ? QF > 800€ <i>(prise en charge MSA 70%)</i>	4,32 €
801€ ? QF < 1001 <i>(prise en charge MSA 60%)</i>	5,76 €
QF ? 1002	14,40 €

Aides de la MSA déduites / Prix du repas non compris

Péricentre Vacances	
Matin de 7h à 9h	Soir de 17h30 à 18h30
0,80€/demi-heure	forfait/1,60€

REPAS :

- LEVET : cantine (*tarif non déterminé*)
- VENESMES : panier repas à fournir par les familles
Possibilité de réchauffer

CLUB ADOS 12-17 ans

Petites et Grandes vacances :

Propositions activités et séjours selon les périodes



GRANDES VACANCES

Sites :

- LEVET (*Impasse de Charmilles*)
- CHATEAUNEUF (*Place des Promenades*)
- VENESMES (*24 Rue des Ecoles*)

Forfait 3 jours, 4 jours ou 5 jours

Tarifs non déterminés



COORDONNEES UTILES :

- SERVICE ENFANCE JEUNESSE ☎ 02.48.60.42.38

- RENSEIGNEMENTS :
 - PERISCOLAIRE (Cassandra PAPILLON) ☎ 06.88.17.48.48
 - ACCUEILS DE LOISIRS (Véronique BALLERAT) ☎ 06.12.10.06.19

Notre site internet : <http://www.comcomabc.fr/accueil/enfance-jeunesse>

Notre portail famille : <https://harmonie.ecolesoft.net/portail/inscription.jsp>

(Demander votre identifiant et votre mot de passe auprès du service enfance jeunesse)

Notre page Facebook :

<https://www.facebook.com/communautedecommunesarnonboischautcher/>

Notre page Facebook - Espace Jeunes :

<https://www.facebook.com/Espace-Jeunes-CDC-ABC-2151487868224971/>

LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

Pour fréquenter les services de la Communauté de Communes Arnon Boischaut Cher (périscolaires, accueils de loisirs), vous devez déposer, **obligatoirement**, un dossier d'inscription par enfant.

Celui-ci est disponible :

- Au service enfance jeunesse
- Téléchargeable : <http://www.comcomabc.fr/accueil/enfance-jeunesse/accueils-periscolaires>

Renseignements et inscriptions :

- Sur le portail famille
- Auprès du service enfance-jeunesse



Année scolaire 2020 / 2021

Dossier inscription pour le périscolaire, et accueil de loisirs

- PERISCOLAIRE. Site de
- MERCREDI. Site de
- PETITES ET/OU GRANDES VACANCES

Merci de renseigner les sites fréquentés.

Tout dossier incomplet sera retourné et en l'absence de dossier, l'enfant ne sera pas accueilli.

* Les accueils périscolaires sont proposés, durant les périodes scolaires. La communauté de communes ABC propose ce service aux enfants scolarisés dans les écoles de **Châteauneuf/Cher, Levet, Lignières, Uzay le Venon, Vallenay et Venesmes.**

* Les lieux d'accueil de loisirs sont définis en fonction des périodes.

Enfant

Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____

Sexe : Féminin Masculin

Représentant-e un

Madame Monsieur Personne morale

Autorité parentale sur l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Tél du domicile : _____

Tél portable personnel : _____

Adresse : _____

_____ Ville : _____

Email : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Tél professionnel : _____

Représentant-e deux

Madame Monsieur Personne morale

Autorité parentale sur l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Tél du domicile : _____

Tél portable personnel : _____

Adresse : _____

_____ Ville : _____

Email : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Tél professionnel : _____

Attention :

- La fiche sanitaire et les coordonnées téléphoniques actualisées sont indispensables.

- **Tout changement de coordonnées ou de situation intervenant au cours de la scolarité de votre enfant doit obligatoirement être communiqué au service enfance jeunesse 2, rue Brune 18190 CHATEAUNEUF SUR CHER**

Situation de Famille :

L'enfant habite chez : ses parents sa mère son père son tuteur - sa tutrice autre (préciser) _____

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Vie Maritale Célibataire

En cas de divorce et litiges familiaux :

Qui a la garde de l'enfant ? Père Mère (joindre justificatif du tribunal)

A qui doit-on adresser la facture ? Père Mère Garde alternée

Pour une facturation en garde alternée, merci de nous présenter un planning annuel.

N° de Sécurité Sociale du responsable : _____

Nom de la Compagnie d'assurance (responsabilité civile) : _____

N° de Contrat assurant l'enfant (joindre attestation) : _____

Régime : CAF MSA N° d'allocataire: _____ de la mère du père
(En cas de séparation, le n° d'allocataire à indiquer est celui du représentant légal chez qui réside l'enfant)

Pour les enfants inscrits sur les sites de Châteauneuf sur Cher et Venesmes :

Votre enfant prendra le bus entre les 2 communes : Oui Non

Concernant l'enfant :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? Oui Non

Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme, etc...) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui est obligatoire pour être admis à l'accueil.

Une copie du PAI est à remettre au bureau de la Communauté de Communes Arnon Boischaud Cher à la rentrée scolaire.

APPROBATION du Règlement Intérieur

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils et m'engage à en respecter les modalités

Fait à _____ Le _____

Signature

Liste des pièces à fournir avec le dossier à remplir

- Dossier d'inscription
- Fiche « Autorisations parentales »
- Fiche sanitaire de liaison (une par enfant) retournée sous pli
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant inscrit
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Copie du jugement du Tribunal en cas de divorce
- PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)
- Copie Recto Verso Carte d'Identité du responsable de l'enfant



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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

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

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

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

AUTORISATIONS PARENTALES 2020 - 2021

Je soussigné (e) (Père, mère, tuteur*),.....

Responsable légal de l'enfant:

Nom :Prénom :Date naissance :/...../...../

l'autorise à quitter seul(e) l'accueil périscolaire* OUI NON

l'autorise à quitter seul(e) l'accueil de loisirs * OUI NON *rayez la mention inutile

Si oui, je justifie par écrit l'horaire de sortie souhaité :h.....

Pour toutes sorties exceptionnelles pendant les heures d'accueil de loisirs, une décharge **ponctuelle** sera exigée.

J'ai bien pris note : Qu'une fois en dehors des accueils, mon enfant n'est plus sous la responsabilité des encadrants du service.

D'autre part, merci de nous lister les personnes susceptibles de venir chercher votre ou vos enfants : (nous serons en droit de demander les cartes d'identité)

Personnes habilitées (nom, prénom et coordonnées téléphoniques) :

- ☎ / / / /
- ☎ / / / /
- ☎ / / / /

OUI NON

Autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avérerait indispensable conformément au corps médical consulté. (en cas de refus) A défaut l'enfant sera pris en charge par les services d'urgence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de délivrer des médicaments sous ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise l' Accueil de Loisirs Extra-Scolaire et Périscolaire à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus) : -Pour présentation en public lors d'une exposition au sein de l'accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise la structure d'accueil à utiliser les images (photos, vidéo) de mon enfant, dans un but exclusif de communication, dans le cadre de ses activités et de diffusion d'information (plaquette, diaporama, presse, bulletins, et site internet).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise l'accueil de loisirs à traiter sur un support informatique les informations données dans le dossier d'inscription. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait le _____, à _____
Signature du responsable légal