



ASSOCIATION  
APRÈS L'ÉCOLE

Mairie  
28 rue de Lorraine  
54110 Sommerviller  
[apreslecole54@gmail.com](mailto:apreslecole54@gmail.com)

Monsieur, Madame,

Veillez trouver ci-joint le dossier périscolaire pour l'année scolaire 2021/2022.

Si vous ne pouvez imprimer ce dossier, il est disponible en mairie de Sommerviller.

Ce dossier est à retourner en boîte aux lettres de la mairie de Sommerviller ou au périscolaire pour le 6 juillet au plus tard.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,  
Recevez, Madame, Monsieur, nos salutations respectueuses.

La présidente,  
Martine Lieugaut-Legendre

**Familles Rurales Après L'Ecole**  
28 rue de Lorraine  
54110 Sommerviller  
Mail: [apreslecole54@gmail.com](mailto:apreslecole54@gmail.com)  
Siret: 899 254 098 00010

SIRET : 899 254 098 00010

Banque populaire Alsace Lorraine Champagne – domiciliation : Dombasle sur Meurthe  
IBAN : FR76 1470 7000 5632 8219 2975 282 BIC : CCBPFRPPMTZ

**FAMILLES RURALES ASSOCIATION APRES L'ECOLE**  
**Année scolaire 2021 / 2022**  
**CONTRAT D'INSCRIPTION**  
**ACCUEIL PERISCOLAIRE**

2 RUE D'ALSACE A SOMMERVILLER  
TEL : 09 86 62 93 04  
MAIL : [garderie.sommerviller@gmail.com](mailto:garderie.sommerviller@gmail.com)

L'accueil périscolaire est ouvert aux enfants âgés de 3 à 12 ans scolarisés à l'école de Sommerviller et de Crévic.

**Horaires d'ouverture :**

Lundi, mardi, jeudi et vendredi :

Matin de : 7h00 à 8h30  
Midi de : 11h45 à 13h30  
Soir de : 16h15 à 18h45

Mercredi : de 8h à 18h

**Principe :**

Les inscriptions à la cantine, à la garderie du soir et du mercredi se feront obligatoirement à l'avance : le jeudi de la semaine précédente. En ce qui concerne la garde du matin, les jours d'école vous pouvez déposer vos enfants à partir de 7h00 sans inscription.

**Modalités de fonctionnement :**

Les inscriptions : à la cantine, à la garderie du soir et le mercredi se feront à l'aide du tableau joint. Les heures de garde (matin et soir) et la cantine ainsi que les forfaits mercredi seront facturées au mois. Le goûter du soir est compris dans le tarif et les devoirs peuvent être débutés dans certains cas au périscolaire mais restent à la charge des parents.

Retard : En cas de retard imprévu, prévenir la garderie.

Absence à la cantine : Si l'absence est signalée avant 8h30, le repas ne sera pas facturé.

**Facturation :**

La facturation de la garde s'effectue à la demi-heure.

En fin de mois, une facture est éditée. Un délai de 8 jours est laissé pour le règlement. Passé ce délai, l'enfant ne sera plus admis à la garderie.

**Modes de règlement acceptés :**

Virement (de préférence), chèque à l'ordre de Familles Rurales Après l'Ecole et espèces.  
Banque Populaire Dombasle sur Meurthe

Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé
14707	00056	32821929752	82

IBAN : FR76 1470 7000 5632 8219 2975 282

## **Tarifs**

### **Adhésion :**

La carte d'adhésion annuelle de l'association Après l'Ecole est obligatoire pour le périscolaire et pour chaque activité. C'est une carte qui couvre toute la famille, son prix est de 25 euros et est valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

Carte Familles Rurales Après l'Ecole N° :

délivrée le :

Ou nouvelle carte

Ou demande pour centre aéré en cours

**Périscolaire :** Les montants sont fixés en fonction du quotient familial de la CAF

<b>Quotient familial</b>	<b>Temps de midi + repas</b>	<b>Heure de garde</b>
<800 €	7,60 €	2,20 €
>800 €	7,70 €	2,30 €
Autres régimes et extérieurs	7,80 €	2,40 €

### **Le mercredi loisirs :**

Horaires d'accueil : arrivée de 8 heures à 9 heures (ou 13 heures) et départs de 17 heures à 18 heures (ou 13 heures)

<b>Quotient familial</b>	<b>De 8 à 18 heures</b>	<b>De 8 à 13 heures Avec repas</b>	<b>De 13 h 18 heures</b>
<800€	13,00 €	8,00 €	6,50 €
>800€	16,00 €	9,50 €	8,00 €
Autres régimes et extérieurs	18,00 €	11,00 €	9,50 €

Pour bénéficier d'un tarif réduit, il faudra fournir un justificatif de la CAF.  
Sans justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué.

### **A savoir :**

Les frais de garde des enfants de moins de six ans en garderie périscolaire sont déductibles des impôts. (50% des sommes versés dans la limite de 2300 euros par an et par enfant). Un récapitulatif du nombre d'heures vous sera fourni chaque début d'année.

### **A fournir en début d'année scolaire :**

- 1 boîte de mouchoirs en papier
- 1 paquet de lingettes

Fait à ..... le .....

« Lu et approuvé »

Signature des parents

Nom et Prénom de l'enfant : .....

**DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE DE SOMMENVILLER**

(À compléter en caractères d'imprimerie)

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :** ..... **Date de Naissance :** .....

Cocher la case (ou les cases) correspondant à l'activité (ou aux activités) à laquelle (ou auxquelles) vous souhaitez inscrire votre enfant.

RESTAURATION SCOLAIRE                       CENTRE D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

MERCREDI LOISIRS : PERMANENT                       OCCASIONNEL

Les places étant limitées, les permanents sont prioritaires.

**REPRESENTANT LEGAL (PERE OU MERE)**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

**Complétez la suite de cette première page une seule fois dans l'année.**

**Elle sera valable pour toutes les activités indiquées ci-dessus choisies pour vos enfants.**

Numéro de rue : ..... Nom de rue : .....

Code Postal : ..... Commune : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Mail : .....

Profession : ..... Sans profession

Nom et commune de l'employeur : .....

Adresse : ..... Tél. professionnel : .....

**AUTRE PERSONNE VIVANT AVEC LE REPRESENTANT LEGAL**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Numéro de rue : ..... Nom de rue : .....

Code Postal : ..... Commune : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Mail : .....

Profession : ..... Sans profession

Nom et commune de l'employeur : .....

Adresse : ..... Tél. professionnel : .....

Régime :            Allocataire CAF (régime général) :                     

                         Régime spécial :   

Nom et prénom de l'allocataire et **Numéro CAF** : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

Situation de famille : Marié (e) :             Vie maritale :             Célibataire :             Veuf (ve) :             Divorcé (e) :

                         Pacsé (e) :

Formulaire complété le : ..... Signature(s)

## AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), .....responsable légale de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Autorise :

- M. ou Mme : .....  
.....  
.....

à reprendre mon enfant à la sortie de la garderie.

- Mon enfant à rentrer seul à la maison

## AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

Je soussigné(e), .....responsable légale de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

- Autorise  
 N'autorise pas

Que mon enfant soit photographié à la garderie périscolaire et que les clichés soient diffusés dans les médias et sur supports photographiques et CD-ROM.

Signature



# 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 ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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 ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---

---

## PLANNING PERISCOLAIRE

ECOLE :

Classe :

Semaine du :

Mois de :

Nom et prénom de l'enfant	CANTINE					GARDERIE						
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
1												
2												
3												
4												
5												

➤ Pour le planning au mois inscrire la date du jour dans la case correspondante

➤ Pour le planning à la semaine mettre une croix dans la case correspondante

## MERCREDI LOISIRS

Permanent : OUI  NON

Les places sont limitées, les permanents sont prioritaires.

Nom et prénom de l'enfant	Date	Journée		Après-midi à partir de 13 heures
		Heure arrivée	Heure départ	
1				
2				
3				
4				
5				

Possibilité d'arriver de 8 à 9 heures et de partir de 17 à 18 heures. Merci d'indiquer l'heure d'arrivée et de départ.