

INSCRIPTIONS 2025 / 2026

Scolaires, Périscolaires et Cantine Val de Louyre et Caudeau ALSH de la Communauté d'Agglomération Le Grand Périgueux

Madame, Monsieur, Chers parents,

Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie des services scolaires, périscolaires et cantine de la commune de Val de Louyre et Caudeau et des services de l'ALSH du Grand Périgueux (Accueil de Loisirs) pour l'année 2025/2026, vous devez compléter un dossier d'inscription.

Attention :

Il est obligatoire de compléter une nouvelle fiche d'inscription chaque année, même si vous avez utilisé ces services en 2025/2026.

La réinscription n'est pas automatique.

L'inscription à l'aide de ce document ne vaut pas réservation auprès de l'ALSH (centre de loisirs). Il est impératif de réserver sa place les mercredis et pour chaque période de vacances.

Le service enfance reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Comptant sur votre compréhension,

M. Jacques AUZOU
Président de la Communauté d'Agglomération

M. Philippe DUCENE,
Maire de Val de Louyre et Caudeau

Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription :

Compléter et signer chacun des documents ci-joints :

- ✓ la fiche d'inscription commune à l'ALSH et aux établissements scolaires ci-jointe
- ✓ la fiche sanitaire
- ✓ la fiche « autorisations et engagements parentaux »
- ✓ les deux autorisations de prélèvement automatique et nous fournir deux RIB si vous souhaitez adhérer au prélèvement automatique (une autorisation et un RIB par fratrie)
- ✓ l'attestation d'acceptation au règlement intérieur des structures (cantine et périscolaire) :
Sauf demande expresse des familles, à compter de la rentrée de septembre 2022, les règlements des restaurants scolaires et de l'accueil périscolaire ne seront plus distribués sous format papier. Ils seront consultables aux secrétariats des trois mairies, dans les écoles, ainsi que sur le site internet de la commune : www.valdelouyre-et-caudeau.fr

Fournir une copie :

- ✓ de l'attestation d'assurance responsabilité civile valable pour l'année scolaire 2025/2026
- ✓ du Quotient Familial (QF) ou bons vacances MSA ou tout autre justificatif d'aides [pour tous les enfants, les nouveaux justificatifs seront demandés au 31 janvier 2025 pour réactualiser la tarification modulée (non obligatoire néanmoins)]
- ✓ **Pour les familles ne percevant rien de la CAF :** fournir une copie de l'avis de la situation déclarative 2024 sur les revenus 2023 en attendant de recevoir et de fournir en septembre 2025, l'avis d'imposition ou de non-imposition 2025 pour les revenus 2024 (en cas de non présentation de celui-ci, le tarif maximum sera appliqué)

Le QF ne sera pris en compte que deux fois pendant l'année scolaire : à la rentrée de septembre et au 31 janvier.

Pièces obligatoires complémentaires à fournir pour tous les nouveaux inscrits pour l'année 2025/2026 ou pour les enfants dont la situation aurait changé depuis la rentrée 2024/2025 :

- ✓ copie du carnet de santé **partie vaccination**
- ✓ copie du livret de famille (parents et enfants scolarisés)
- ✓ copie du jugement de divorce ou séparation le cas échéant
- ✓ copie de l'attestation carte vitale sur laquelle apparaît l'enfant

**Dossier à retourner
à la mairie de
Sainte-Alvère ou
Cendrieux
avant le 27 juin
2025**

FICHE D'INSCRIPTION AUX ETABLISSEMENTS SCOLAIRES ET A L'ALSH ANNEE 2025 - 2026

	OUI	NON	LIEU
Inscription à l'école	☐	☐	_____
Inscription à l'accueil de loisirs	☐	☐	Sainte-Alvère
Inscription à la cantine scolaire	☐	☐	_____
Inscription à l'accueil périscolaire	☐	☐	_____
Inscription aux bus	☐	☐	_____

ENFANT

Nom Prénom.....
 Date de naissance..... Département.....
 Sexe M ☐ F ☐
 Adresse.....
 Ecole fréquentée..... Classe 2025/2026.....
 Nom du médecin traitant..... TEL :/...../.....

Allergie alimentaire OUI ☐ NON ☐ Si oui laquelle.....
 Asthme OUI ☐ NON ☐
 P.A.I. * OUI ☐ NON ☐

Autres allergies.....
 * Les parents dont l'allergie de leur enfant n'a pas encore fait l'objet de l'élaboration d'un Projet d'Accueil Individualisé devront prendre contact avec le (la) Directeur (rice) de l'ALSH ou de l'établissement scolaire

RESPONSABLE(S)

A préciser :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

1^{er} représentant légal (adresse de la facturation)

Nom, Prénoms.....
 Date de naissance
 Lieu de naissance
 Lien de parenté.....
 Situation familiale.....
 Adresse :

Téléphone :
 Domicile :/...../.....
 Portable :/...../.....
 Travail :/...../.....
 Mail :
 Profession :
 Adresse employeur :
 N° de Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant :
 Nom du parent responsable du dossier CAF :
 N° CAF.....N° MSA.....

2nd représentant légal

Nom, Prénoms.....
 Date de naissance
 Lieu de naissance
 Lien de parenté.....
 Situation familiale.....
 Adresse (si différente du 1^{er} représentant)

Téléphone :
 Domicile :/...../.....
 Portable :/...../.....
 Travail :/...../.....
 Mail :
 Profession :
 Adresse employeur :

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant :

OUI ☐ NON ☐

Joindre OBLIGATOIREMENT le jugement de divorce

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

.....	Téléphone...../...../.....
.....	Téléphone...../...../.....
.....	Téléphone...../...../.....
.....	Téléphone...../...../.....

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Pour adhérer au prélèvement automatique, merci de compléter et signer les documents du Grand Périgueux et de la Commune Val de Louyre et Caudeau (signatures à apposer aux endroits prévus à cet effet) et de joindre un RIB à chacun de ces documents.

Pour les personnes qui avaient déjà souscrit au prélèvement automatique en 2024– 2025 et qui souhaitent le maintenir cette année, merci de cocher cette case ☐ Il n'est pas nécessaire de retourner une nouvelle demande, sauf en cas de changement de compte bancaire.

PROTECTION DES DONNEES

Les personnels administratifs ainsi que les personnes en charge de votre enfant auront accès aux données administratives que vous nous transmettez, afin d'établir la facturation au plus juste, assurer la protection de votre enfant...

L'obligation administrative légale est de conserver ces éléments durant 10 ans minimum.

À tout moment, vous pouvez accéder aux informations que vous nous avez transmises, vous pouvez les rectifier ou nous demander de les effacer.

Dans ce dernier cas, ne pouvant plus assurer nos obligations légales d'organisateur d'ALSH, personnel cantine et périscolaire, nous ne pourrions plus accueillir vos enfants.

Le délégué à la protection des données au Grand Périgueux est Mr. Philippe DAL'AGATA : dpd@grandperigueux.fr / 0553358600.

La protection des données de Val de Louyre et Caudeau est la Mairie de Sainte-Alvère : mairie@ville-sainte-alvere.fr / 0553735580.

J'accepte que ces données soient traitées (cocher la case) ☐ Dans le cas contraire nous ne pourrions plus assurer la sécurité de votre enfant, de fait nous ne l'accueillerons pas.

Nous soussignés(es),responsables
légaux de l'enfant,déclarons exacts les renseignements
portés sur cette fiche, nous engageons à signaler toute modification en cours d'année et avoir pris
connaissance des règlements intérieurs et des éléments liés à la protection des données.

Fait à : le :

Signature (s) obligatoire (s) des responsables légaux

IL EST IMPORTANT DE REMPLIR TOUTES LES DONNEES DE LA FICHE D'INSCRIPTION, SI CELLE-CI N'EST PAS COMPLETE, LA COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION ET LA COMMUNE DE VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU, PEUVENT REFUSER POUR DES RAISONS DE RESPONSABILITE. L'ACCES AUX STRUCTURES.

Autorisations et Engagements Parentaux

Je (nous) soussigné(s)

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....

AUTORISE(ONS) mon (notre) enfant à pratiquer toutes les activités de l'ALSH

OUI ☐ NON ☐

AUTORISE(ONS) mon (notre) enfant **de plus de 6 ans** à partir seul(e) à l'issue de l'ALSH

OUI ☐ NON ☐

AUTORISE(ONS) mon (notre) enfant à participer à des sorties pédagogiques sur tous les
temps d'animation de l'ALSH

OUI ☐ NON ☐

AUTORISE(ONS) mon (notre) enfant à être conduit sur les lieux de sorties à pied, en bus, ou en minibus
conduit par un membre de l'équipe d'animation (dans le cas d'une réponse négative, une solution
d'accueil sera proposée à votre enfant).

OUI ☐ NON ☐

AUTORISE(ONS) que mon (notre) enfant soit filmé, photographié pendant les activités, pour tout support
de diffusion au Grand Périgueux, à Val de Louyre et Caudeau, presse, flyer, internet, Facebook, magazine
(utilisation pendant 6 ans).

OUI ☐ NON ☐

OUI ☐ NON ☐

ATTESTE(ONS) avoir pris connaissance du règlement intérieur des ALSH de la communauté d'Agglomération du
Grand Périgueux ainsi que celui du périscolaire de la commune de Val de Louyre et Caudeau

OUI ☐ NON ☐

M'ENGAGE, (NOUS ENGAGEONS) à respecter les règles de fonctionnement des ALSH
de la communauté d'Agglomération et de la commune de Val de Louyre et Caudeau
consignées dans les règlements intérieurs.

M'ENGAGE, (NOUS ENGAGEONS) à reprendre mon enfant si son comportement est jugé
incompatible avec le respect des règlements.

M'ENGAGE, (NOUS ENGAGEONS) à signer un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si mon
(notre) enfant a un problème de santé qui doit être pris en charge.

Fait à :

le :

Signature(s) obligatoire(s) des responsables légaux

REGLEMENT INTERIEUR DES RESTAURANTS SCOLAIRES
de la Commune de Val de Louyre et Caudeau
2025 – 2026

ATTESTATION

A retourner, dûment complétée et signée à la Commune de
Val de Louyre et Caudeau

Je soussigné(e) :

Nom

Prénom

Adresse

.....

Père ☐

Mère ☐

Tuteur légal ☐

Nom et Prénom de l'enfant

Inscrit
au restaurant scolaire de

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des restaurants
scolaires de la commune de Val de Louyre et Caudeau et déclare y souscrire.

Fait à, le

Signature(s) :

RÈGLEMENT INTERIEUR

ACCUEIL PERISCOLAIRE/GARDERIES

Commune Val de Louyre et Caudeau – 22 rue de la République – Sainte-Alvère
24510 VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU
2025-2026

ATTESTATION

A retourner dûment complétée et signée à la
Commune de Val de Louyre et Caudeau

Je soussigné(e) :

Nom

Prénom

Adresse

.....

Père ☐

Mère ☐

Tuteur légal ☐

Nom et Prénom de l'enfant

Inscrit à l'accueil
Périscolaire /garderie de

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil
périscolaire / garderies de la commune de Val de Louyre et Caudeau et déclare y
souscrire.

Fait à, le

Signature(s) :

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom et adresse :	Nom et adresse de votre banque :

COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER				
Codes RIB	MAIRIE DE VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU 22 RUE DE LA REPUBLIQUE STE ALVERE 24510 - VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

Date et signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Nom, prénom et adresse :	MAIRIE DE VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU 22 RUE DE LA REPUBLIQUE STE ALVERE 24510 - VAL DE LOUYRE ET CAUDEAU

COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER								
Codes RIB	Nom et adresse de votre banque :								
<table border="1"><tr><td>Etabl.</td><td>Guichet</td><td>N° du compte</td><td>Clé</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé					
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé						

Date et signature :

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à la Mairie, sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE :/../

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		../../
Du DT coq		../../
Du Tétracoq		../../
D'une prise polo	RAPPELS	../../

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	VACCIN	
REVACCINATION	1 ^{er} RAPPEL	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....		../../

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? ☐ non ☐ oui ☐
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOURRIEZ-VOUS PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

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

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? ☐ non ☐ oui ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

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

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'organisme (siège social)

.....

.....

.....

ARRIVEE LE/../
 DEPART LE/../

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....