

Tout dossier incomplet sera retourné sans être pris en compte.

SERVICE INSCRIPTIONS

Inscriptions Accueils de Loisirs
21 Place de l'hôtel de ville - 70150 MARNAY
Tél : 03 84 31 20 00
Courriel : inscriptions@valmarnaysien.com
Site @ : http://www.valmarnaysien.com



Cadre réservé au Service Inscriptions

ENFANT(S)

Form area for child name with dotted lines



ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024
DOSSIER D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE
à remettre EXCLUSIVEMENT au Service Inscriptions



Accueil de Loisirs : RECOLOGNE, MARNAY, SORNAY, PIN, EMAGNY, MONTAGNEY, CHAMBORNAY-LES-PIN, CLUB ADOS, CORCELLES-FERRIÈRES, LANTENNE-VERTIÈRE

FAMILLE

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 and 2 forms with fields for NOM d'usage, Prénom, Nom de naissance, Date de naissance, Adresse, Code postal, Commune, Nb d'enfants, Situation familiale, Profession, Tél. domicile, Tél. portable, Tél. travail, N° Sécurité sociale, E-mail

RÉGIME GÉNÉRAL

RÉGIME : CAF du Doubs, CAF de la Haute-Saône, Autre CAF, MSA, Autre régime, N° allocataire complet, Nom-Prénom allocataire

J'autorise la CCVM à accéder à mon Quotient Familial sur « Consultation des Données de l'Allocataire par le Partenaire » (CDAP)
ATTENTION :
• En cas de non autorisation, la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée.
• Le Quotient Familial relevé sur CDAP ne sera actualisé 1 fois par année scolaire (en Janvier).
• Il est de votre responsabilité de vérifier la mise à jour de votre Quotient Familial par la CAF (via votre compte sur caf.fr).
• Pour la MSA ou autre régime : fournir une attestation d'affiliation au régime et votre dernier avis d'imposition (enregistré en Septembre et valable pour l'année scolaire complète) ou la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée.

PAIEMENT DES FACTURES DU SERVICE

La facture, établie au mois échu, est à régler dans les délais précisés sur la facture à la Trésorerie de Gray :
• Par chèque à l'ordre du Trésor Public envoyé à la trésorerie de Gray.
• Par chèques Vacances ou CESU (papiers et dématérialisés) directement à la trésorerie de Gray
• En espèces directement à la trésorerie de Gray.
• Par internet (PayFip).
• Par prélèvement automatique : (TRANSMETTRE UN RIB AU SERVICE INSCRIPTIONS).
NOM - Prénom du redevable (à qui sera envoyée la facture) :
En cas de garde alternée, il est possible d'effectuer des factures séparées en remplissant 1 dossier par parent.

1^{ER} ENFANT

NOM : Adresse actuelle de l'enfant :
 Prénom(s) :
 Sexe : M F Code postal :
 Né(e) le : Commune :
 Lieu de naissance (commune et département) : Scolarité (pour l'année scolaire 2023-2024) :
 Nationalité : Française autre : École fréquentée :
 Classe fréquentée :

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées).

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE
 Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

MENSUELLE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
 ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées). Lieu d'accueil : RECOLOGNE LANTENNE-VERTIÈRE PIN

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE
 Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

NON RÉGULIÈRE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
 ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis) CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle) CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)

FICHE SANITAIRE 2023-2024

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :
 Adresse : Tél. :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) :

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

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

MENU SOUHAITÉ (ne cocher qu'une seule case, valable pour l'année scolaire) :

Menu standard Menu sans viande

ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Alimentaire :
 (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)

Médicamenteuse :

Autres :

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

VACCINATIONS : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

2^{ÈME} ENFANT

NOM : Adresse actuelle de l'enfant :

Prénom(s) :

Sexe : M F Code postal :

Né(e) le : Commune :

Lieu de naissance (commune et département) : Scolarité (pour l'année scolaire 2023-2024) :

..... École fréquentée :

Nationalité : Française autre : Classe fréquentée :

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées).

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE
 Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

MENSUELLE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées). Lieu d'accueil : RECOLOGNE LANTENNE-VERTIÈRE PIN

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE
 Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

NON RÉGULIÈRE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

<input type="checkbox"/> CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS <small>(Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)</small>	<input type="checkbox"/> CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS <small>(Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)</small>	<input type="checkbox"/> CLUB ADOS OCCASIONNELS <small>(Vacances hors Mercredis après-midi)</small>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	--------------------------

FICHE SANITAIRE 2023-2024

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :

Adresse : Tél. :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) :

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

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres <small>(précisez)</small>		

MENU SOUHAITÉ (ne cocher qu'une seule case, valable pour l'année scolaire) :

- Menu standard Menu sans viande

ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

- Alimentaire :
(aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)
- Médicamenteuse :
- Autres :
- L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

VACCINATIONS : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

3^{ÈME} ENFANT

NOM : Adresse actuelle de l'enfant :
 Prénom(s) :
 Sexe : M F Code postal :
 Né(e) le : Commune :
 Lieu de naissance (commune et département) : Scolarité (pour l'année scolaire 2023-2024) :
 École fréquentée :
 Nationalité : Française autre : Classe fréquentée :

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées).

 RÉGULIÈRE Inscription à partir du : Semaine PAIRE Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

 MENSUELLE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.comINSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées). Lieu d'accueil : RECOLOGNE LANTENNE-VERTIÈRE PIN **RÉGULIÈRE** Inscription à partir du : Semaine PAIRE Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

 NON RÉGULIÈRE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

 CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC
REPAS RÉGULIERS
(Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis) CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS
OCCASIONNELS
(Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière
occasionnelle) CLUB ADOS
OCCASIONNELS
(Vacances hors
Mercredis après-midi)

FICHE SANITAIRE 2023-2024

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :
 Adresse : Tél. :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NONSi OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) :

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

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

MENU SOUHAITÉ (ne cocher qu'une seule case, valable pour l'année scolaire) : Menu standard Menu sans viande**ALLERGIES** Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir Alimentaire :
(aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé) Médicamenteuse : Autres : L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).**VACCINATIONS** : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

4^{ÈME} ENFANT

NOM : Adresse actuelle de l'enfant :
 Prénom(s) :
 Sexe : M F Code postal :
 Né(e) le : Commune :
 Lieu de naissance (commune et département) : Scolarité (pour l'année scolaire 2023-2024) :
 Nationalité : Française autre : École fréquentée :
 Classe fréquentée :

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées).

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

Semaine PAIRE

Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

MENSUELLE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
 ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2023-2024 (Cocher les cases souhaitées). Lieu d'accueil : RECOLOGNE LANTENNE-VERTIÈRE PIN

RÉGULIÈRE Inscription à partir du :

Semaine PAIRE

Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

NON RÉGULIÈRE : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>
 ou par mail à inscriptions@valmarnaysien.com

INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)

CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)

FICHE SANITAIRE 2023-2024

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :
 Adresse : Tél. :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) :

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

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

MENU SOUHAITÉ (ne cocher qu'une seule case, valable pour l'année scolaire) :

Menu standard Menu sans viande

ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Alimentaire :
 (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans un Projet d'Accueil Individualisé)

Médicamenteuse :

Autres :

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

VACCINATIONS : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

AUTORISATIONS

AUTRE(S) PERSONNE(S) À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT

Indiquez ci-dessous les personnes **AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX**.

NOM :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Code postal : □□□□□
Commune :

1

Tél. domicile :
Tél. portable :
 AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT
 À APPELER EN CAS D'URGENCE

NOM :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Code postal : □□□□□
Commune :

2

Tél. domicile :
Tél. portable :
 AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT
 À APPELER EN CAS D'URGENCE

NOM :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Code postal : □□□□□
Commune :

3

Tél. domicile :
Tél. portable :
 AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT
 À APPELER EN CAS D'URGENCE

NOM :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Code postal : □□□□□
Commune :

4

Tél. domicile :
Tél. portable :
 AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT
 À APPELER EN CAS D'URGENCE

DÉPART DE L'ENFANT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Les enfants de plus de 6 ans peuvent être autorisés à rentrer seuls après les horaires de fonctionnement de l'accueil périscolaire.

NOM-Prénom des enfants AUTORISÉS à rentrer seuls	NOM-Prénom des enfants NON-AUTORISÉS à rentrer seuls
.....
.....
.....

AUTORISATIONS

- Nous acceptons de recevoir les informations du Service Inscriptions et de l'Accueil de Loisirs par mail.
- Nous autorisons les responsables des Accueils périscolaires de la CCVM à présenter notre(nos) enfant(s) à un médecin en cas d'urgence.
- Nous autorisons gracieusement la publication d'images de notre(nos) enfant(s) sur les supports de communication de la CCVM.
- Nous certifions mettre à jour nos données personnelles famille et enfants sur le portail famille et en remplissant ce formulaire, nous acceptons que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du service periscolaire extrascolaire de la CCVM (RGPD).

Dans tous les cas, nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche. Toute inscription aux activités et/ou temps d'accueil nécessitant un transport par véhicule de la CCVM ou transport collectif vaut autorisation de transport de l'enfant.

Toute inscription vaut prise de connaissance et acceptation du règlement intérieur (du Service Inscriptions) de la CCVM.

Mention manuscrite «Lu et approuvé» et signature du (des) responsable(s) légal(aux) :

Fait à : Le

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE.

- Fiche d'inscription datée et signée.
- Photocopie des pages de «vaccinations» du carnet de santé **mentionnant le nom de l'enfant**, (2 pages vaccinations).
- Attestation d'assurance 2023-2024, Responsabilité civile et individuelle accident au nom de l'enfant.

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE JEUNESSE

Agent CCVM ayant reçu le dossier :

Tampon de la date de dépôt du dossier

POUR L'INSCRIPTION D'UN ENFANT SUPPLÉMENTAIRE, MERCI DE DEMANDER UN FORMULAIRE AUPRÈS DU SERVICE INSCRIPTIONS DE LA CCVM.