

Dossier d'inscription 2023-2024

Ce dossier est à compléter pour une famille.

Il permet l'inscription de vos enfants aux services Enfance et Jeunesse intercommunaux du Vallespir (périscolaire, extrascolaire) et au service communal de la restauration scolaire.

Pour chaque enfant, vous devez remplir une fiche d'inscription, une fiche de réservations et une fiche sanitaire.

Si vous avez deux enfants, vous remplirez donc les pages 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11 et 12.

Si vous avez un enfant, vous remplirez les pages 1, 2, 3, 10, 11 et 12.

Ce dossier est à remettre avant le 31 mai 2023

📄 Pièces complémentaires à fournir :

- Attestation d'assurance extrascolaire ou de responsabilité civile
- Photocopie des vaccinations
- Dernière attestation d'allocataire (*pour le calcul du tarif selon quotient familial*)
- Un justificatif de domicile (*quittance EDF, tél...*)
- Documents officiels permettant d'attester d'un mode de garde spécifique (*garde alternée...*)
- Pour les enfants concernés, le certificat médical OU le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) précisant les besoins thérapeutiques
- Pour les enfants concernés, la notification CDAPH, le PPS, ou une attestation justifiant un suivi complémentaire (PMI, CAMSP, CMP, ...)

Uniquement pour la Restauration Scolaire :

- Un justificatif de travail des deux parents
- L'autorisation de prélèvement automatique complétée (fiche à la fin du dossier)
- Le RIB

Pour l'Accueil Ado et l'Accueil Jeunes :

- Documents supplémentaires en cas de séjours à l'étranger (carte européenne d'assuré social, copie de la pièce d'identité de l'enfant, autorisation de sortie du territoire)

Fiche de contacts 2023-2024

Restauration Scolaire	<p>Restauration scolaire / SIS de Céret : 1^{er} étage du Service Jeunesse, Place Henri Guitard 66400 Céret. ☎ 04.68.21.92.12 - ✉ restaurant.scolaire@sisdeceret.fr Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi 8h-12h30 et 13h30-17h30.</p> <p>Restauration scolaire Le Boulou : 1^{er} étage du Service Jeunesse, Place Henri Guitard 66400 ☎ 04.68.21.92.12 - ✉ restaurant.scolaire@sisdeceret.fr</p> <p>Restauration scolaire Maureillas-las-Illas : Mairie de Maureillas ☎ 04.30.44.03.07 - 06.35.31.02.31</p>
Accueils de Loisirs Périscolaires	<p>ALP école maternelle J. Miro et école élémentaire M. Chagall de Céret, 1 et 2 avenue Jules Ferry 66400 Céret. ☎ 06.70.48.19.87 - ✉ perisco.ceret@vallespir.com</p> <p>ALP école maternelle Pont du Diable et école élémentaire P. Picasso de Céret, 16 avenue Francesc Irla 66400 Céret. ☎ 06.12.65.75.04 - ✉ perisco.ceret@vallespir.com</p> <p>ALP école maternelle J. Prévert du Boulou, rue Ronsard 66160 Le Boulou. ☎ 06.70.48.99.38 - ✉ perisco.boulou@vallespir.com Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (hors mercredi et hors vacances scolaires) de 8h30 à 14h et de 16h30 à 18h30</p> <p>ALP école élémentaire la Suberaie du Boulou, 16 Rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou. ☎ 06.01.12.21.69 - ✉ perisco.boulou@vallespir.com Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi (hors mercredi) de 7h30 à 11h30 et de 16h30 à 18h15.</p> <p>ALP école maternelle N. De Condorcet de Maureillas-las-Illas, route de Las Illas 66480 Maureillas Las Illas. ☎ 06.29.24.77.29 - ✉ perisco.maureillas@vallespir.com</p> <p>ALP école élémentaire L. Pianelli de Maureillas-las-Illas, 12bis rue Sainte Madeleine 66480 Maureillas Las Illas. ☎ 06.04.70.01.93 - ✉ perisco.maureillas@vallespir.com</p>
Accueils de Loisirs Extrascolaires	<p>Accueil de loisirs maternel du Boulou, école rue Ronsard 66160 Le Boulou. ☎ 04.68.21.12.70 - 06.01.12.21.69 - ✉ almaterleboulou@vallespir.com</p> <p>Accueil de loisirs maternel et élémentaire de Maureillas-las-Illas, route de Saint-Jean 66480 Maureillas-las-Illas. ☎ 04.68.85.91.73 - 06.04.70.01.93 - ✉ alsh.maureillas@vallespir.com</p> <p>Accueil Ado et Accueil Jeunes, place Henri Guitard 66400 Céret. ☎ 04.68.21.20.66 - 06.09.58.84.24 - ✉ accueilado.ceret@vallespir.com</p> <p>Séjours vacances Vallespir, place Henri Guitard 66400 Céret. ☎ 04.68.21.20.66 – 06.10.98.90.98</p>

Pour suivre l'actualité Enfance-Jeunesse :



Restauration scolaire SIS de Céret – Accueils périscolaires du Vallespir – Accueil ado de Céret
Le Boulou Accueil de loisirs maternel – Maureillas Accueil de loisirs Els Patufets



Services Périscolaire et Extrascolaire - Syndicat Intercommunal Scolaire

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1^{er} étage, 66400 Céret
Tél : 04.68.21.20.66. www.vallespir.com

NOM DE L'ENFANT : **SEXE :** Féminin Masculin

PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**/...../.....

SCOLARISATION : Ecole : **Classe :**

Institution (IME, ITEP ...) :

A domicile Non concerné Autre (préciser) :

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un Projet Personnel de Scolarisation (dispositifs d'AVS/AESH, ULIS, etc) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) Oui Non Ne souhaite pas répondre

Si vous avez coché « oui », une rencontre vous sera proposée avec le directeur ou la directrice de la structure, ainsi qu'avec l'équipe Hand'Avant 66, pour effectuer une proposition d'accompagnement de votre enfant au sein de l'accueil.

Situation familiale : Mariés Célibataire Vie maritale Divorcés / Séparés

RESPONSABLE LÉGAL N°1 (payeur) : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :** **Adresse :**

..... **CP :** **Ville :**

Tél domicile : **Tél portable :** **Tél professionnel :**

Email (obligatoire) :@.....

RESPONSABLE LÉGAL N°2 : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :** **Adresse :**

..... **CP :** **Ville :**

Tél domicile : **Tél portable :** **Tél professionnel :**

Email :@.....

ATTESTATION ASSURANCE (extrascolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : **Compagnie d'assurance :**

RENSEIGNEMENTS SUR L'ALLOCATAIRE

Le responsable de l'accueil sera amené à se rendre sur le site de la CAF afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA ou Autre régime (préciser) :

Nom de l'allocataire : **N° d'allocataire :**

Réservé à l'administration : Date de consultation QF :/...../..... Montant du quotient familial : €

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

Date de Naissance :/...../..... Sexe : F M

Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)

Suit-il un traitement médical permanent : oui non **OU un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :** oui non
(Si oui, joindre une copie du document ainsi qu'une trousse conforme. Pour la restauration scolaire, seuls les enfants ayant un PAI ont la possibilité de fournir le repas.)

Vaccinations (compléter ou joindre une photocopie du carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
Diphthérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

Alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser :
Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres troubles de santé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) :

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe ? (Ex : sans viande...)

.....

J'autorise la direction de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie comprise) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à une éventuelle intervention.

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL : **PRÉNOM :**

ADRESSE : **CP :**

VILLE : **Tél. :**

Fait à : **Le :** **Nom du signataire :** **Signature :**

NOM DE L'ENFANT : **SEXE :** Féminin Masculin

PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**/...../.....

SCOLARISATION : Ecole : **Classe :**

Institution (IME, ITEP ...) :

A domicile Non concerné Autre (préciser) :

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un Projet Personnel de Scolarisation (dispositifs d'AVS/AESH, ULIS, etc) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) Oui Non Ne souhaite pas répondre

Si vous avez coché « oui », une rencontre vous sera proposée avec le directeur ou la directrice de la structure, ainsi qu'avec l'équipe Hand'Avant 66, pour effectuer une proposition d'accompagnement de votre enfant au sein de l'accueil.

REmplir cette partie uniquement si les informations sont différentes de celles renseignées sur la page 1 (ex : familles recomposées, etc...)

Situation familiale : Mariés Célibataire Vie maritale Divorcés / Séparés

RESPONSABLE LÉGAL N°1 (payeur) : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Adresse :

CP : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Email (**obligatoire**) :@.....

RESPONSABLE LÉGAL N°2 : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Adresse :

CP : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Email :@.....

ATTESTATION ASSURANCE (extrascolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : Compagnie d'assurance :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ALLOCATAIRE

Le responsable de l'accueil sera amené à se rendre sur le site de la CAF afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA ou Autre régime (préciser) :

Nom de l'allocataire : N° d'allocataire

Réservé à l'administration : Date de consultation QF :/...../..... Montant du quotient familial : €

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

Date de Naissance :/...../..... Sexe : F M

Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)

Suit-il un traitement médical permanent : oui non **OU un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :** oui non
(Si oui, joindre une copie du document ainsi qu'une trousse conforme. Pour la restauration scolaire, seuls les enfants ayant un PAI ont la possibilité de fournir le repas.)

Vaccinations (compléter ou joindre une photocopie du carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
Diphthérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

Alimentaire oui non **Médicamenteuses** oui non **Préciser :**

Piqûres d'insectes oui non **Asthme** oui non **Autres troubles de santé** oui non

Précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) :

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe ? (Ex : sans viande...)

.....

J'autorise la direction de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie comprise) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à une éventuelle intervention.

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL : **PRÉNOM :**

ADRESSE : **CP :**

VILLE : **Tél. :**

Fait à : **Le :** **Nom du signataire :** **Signature :**

NOM DE L'ENFANT : **SEXE :** Féminin Masculin

PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**/...../.....

SCOLARISATION : Ecole : **Classe :**

Institution (IME, ITEP ...) :

A domicile Non concerné Autre (préciser) :

L'enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un Projet Personnel de Scolarisation (dispositifs d'AVS/AESH, ULIS, etc) Oui Non Ne souhaite pas répondre

D'un suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) Oui Non Ne souhaite pas répondre

Si vous avez coché « oui », une rencontre vous sera proposée avec le directeur ou la directrice de la structure, ainsi qu'avec l'équipe Hand'Avant 66, pour effectuer une proposition d'accompagnement de votre enfant au sein de l'accueil.

REmplir cette partie uniquement si les informations sont différentes de celles
RENSEIGNÉES SUR LA PAGE 1 (ex : familles recomposées, etc...)

Situation familiale : Mariés Célibataire Vie maritale Divorcés / Séparés

RESPONSABLE LÉGAL N°1 (payeur) : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :** **Adresse :**

..... **CP :** **Ville :**

Tél domicile : **Tél portable :** **Tél professionnel :**

Email (obligatoire) :@.....

RESPONSABLE LÉGAL N°2 : Père Mère Autre : **Autorité parentale :** oui non

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :** **Adresse :**

..... **CP :** **Ville :**

Tél domicile : **Tél portable :** **Tél professionnel :**

Email :@.....

ATTESTATION ASSURANCE (extrascolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : **Compagnie d'assurance :**

RENSEIGNEMENTS SUR L'ALLOCATAIRE

Le responsable de l'accueil sera amené à se rendre sur le site de la CAF afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA ou Autre régime (préciser) :

Nom de l'allocataire : **N° d'allocataire :**

Réservé à l'administration : **Date de consultation QF :**/...../..... **Montant du quotient familial :** €

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

Date de Naissance :/...../..... Sexe : F M

Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)

Suit-il un traitement médical permanent : oui non **OU un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :** oui non
(Si oui, joindre une copie du document ainsi qu'une trousse conforme. Pour la restauration scolaire, seuls les enfants ayant un PAI ont la possibilité de fournir le repas.)

Vaccinations (compléter ou joindre une photocopie du carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
Diphthérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT polio				
Ou Tetracoq				
Autres (préciser)				

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

Alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser :
Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres troubles de santé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) :

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe ? (Ex : sans viande...)

.....

J'autorise la direction de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie comprise) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à une éventuelle intervention.

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL : **PRÉNOM :**

ADRESSE : **CP :**

VILLE : **Tél. :**

Fait à : **Le :** **Nom du signataire :** **Signature :**

LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom : Prénom : Père Mère Autre :

DROIT À L'IMAGE ET SORTIE(S) EN-DEHORS DE L'ÉTABLISSEMENT

J'autorise le service Enfance Jeunesse à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet et réseaux sociaux gérés par la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée déterminée et à des fins non commerciales en France. Ces informations seront tenues à votre disposition en cas de demande formulée par écrit, pour opposition ou modification.

oui non **Fait à :** **Le :** **Signature :**

J'autorise mon enfant à se rendre sur son lieu d'activité périscolaire (stade, gymnase...) en présence des animateurs.

oui non **Fait à :** **Le :** **Signature :**

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT *âgées d'au moins 18 ans*

- Mon enfant (nom, prénom) est autorisé à rentrer seul (sauf maternel)
- Mon enfant (nom, prénom) est autorisé à rentrer seul (sauf maternel)
- Mon enfant (nom, prénom) est autorisé à rentrer seul (sauf maternel)

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l'accueil. Ces dernières devront se munir d'une pièce d'identité, sans laquelle l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE	A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
					OUI	NON
	/...../.....				
	/...../.....				
	/...../.....				
	/...../.....				
	/...../.....				

DÉCLARATIONS ET SIGNATURES OBLIGATOIRES :

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires et extrascolaires (dont Accueil Ado, Accueil Jeunes, Séjours Vacances), ainsi que celui de la restauration scolaire, et je les accepte en intégralité.
- J'accepte de recevoir ma facture par mail (le mail du responsable légal n°1 est obligatoirement celui du payeur).
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site de la CAF (Caisse d'Allocations Familiales).
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.
- Je m'engage à fournir, le cas échéant, les documents officiels permettant d'attester d'un mode de garde spécifique.
- Je m'engage à fournir, le cas échéant, une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI.
- J'autorise la collectivité à transmettre, si nécessaire, et dans le cadre de ses activités, le dossier à la commune.

Fait à : **Le :** **Nom du signataire :** **Signature :**

PRÉAMBULE

La branche Famille et ses partenaires, considérant que l'ignorance de l'autre, les injustices sociales et économiques et le non-respect de la dignité de la personne sont le terreau des tensions et replis identitaires, s'engagent par la présente charte à respecter les principes de la laïcité tels qu'ils résultent de l'histoire et des lois de la République.

Au lendemain des guerres de religion, à la suite des Lumières et de la Révolution française, avec les lois scolaires de la fin du XIXe siècle, avec la loi du 9 décembre 1905 de « Séparation des Églises et de l'État », la laïcité garantit tout d'abord la liberté de conscience, dont les pratiques et manifestations sociales sont encadrées par l'ordre public. Elle vise à concilier liberté, égalité et fraternité en vue de la concorde entre les citoyens. Elle participe du principe d'universalité qui fonde aussi la Sécurité sociale et a acquis, avec le préambule de 1946, valeur constitutionnelle. L'article 1er de la Constitution du 4 octobre 1958 dispose d'ailleurs que « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances ».

L'idéal de paix civile qu'elle poursuit ne sera réalisé qu'à la condition de s'en donner les ressources, humaines, juridiques et financières, tant pour les familles, qu'entre les générations, ou dans les institutions. À cet égard, la branche Famille et ses partenaires s'engagent à se doter des moyens nécessaires à une mise en œuvre bien comprise et attentionnée de la laïcité. Cela se fera avec et pour les familles et les personnes vivant sur le sol de la République quelles que soient leur origine, leur nationalité, leur croyance.

Depuis soixante-dix ans, la Sécurité Sociale incarne aussi ces valeurs d'universalité, de solidarité et d'égalité. La branche Famille et ses partenaires tiennent par la présente charte à réaffirmer le principe de laïcité en demeurant attentifs aux pratiques de terrain, en vue de promouvoir une laïcité bien comprise et bien attentionnée. Élaborée avec eux, cette charte s'adresse aux partenaires, mais tout autant aux allocataires qu'aux salariés de la branche Famille.

ARTICLE 1 : LA LAÏCITÉ EST UNE RÉFÉRENCE COMMUNE

La laïcité est une référence commune à la branche Famille et ses partenaires. Il s'agit de promouvoir des liens familiaux et sociaux apaisés et de développer des relations de solidarité entre et au sein des générations.

ARTICLE 2 : LA LAÏCITÉ EST LE SOCLE DE LA CITOYENNETÉ

La laïcité est le socle de la citoyenneté républicaine, qui promeut la cohésion sociale et la solidarité dans le respect du pluralisme des convictions et de la diversité des cultures. Elle a pour vocation l'intérêt général.

ARTICLE 3 : LA LAÏCITÉ EST GARANTE DE LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE

La laïcité a pour principe la liberté de conscience. Son exercice et sa manifestation sont libres dans le respect de l'ordre public établi par la loi.

ARTICLE 4 : LA LAÏCITÉ CONTRIBUE À LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE ET A L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX DROITS

La laïcité contribue à la dignité des personnes, à l'égalité entre les femmes et les hommes, à l'accès aux droits et au traitement égal de toutes et de tous. Elle reconnaît la liberté de croire et de ne pas croire. La laïcité implique le rejet de toute violence et de toute discrimination raciale, culturelle, sociale et religieuse.

ARTICLE 5 : LA LAÏCITÉ GARANTIT LE LIBRE ARBITRE ET PROTÈGE DU PROSÉLYTISME

La laïcité offre à chacune et à chacun les conditions d'exercice de son libre arbitre et de la citoyenneté. Elle protège de toute forme de prosélytisme qui empêcherait chacune et chacun de faire ses propres choix.

ARTICLE 6 : LA BRANCHE FAMILLE RESPECTE L'OBLIGATION DE NEUTRALITÉ DES SERVICES PUBLICS

La laïcité implique pour les collaborateurs et administrateurs de la branche Famille, en tant que participant à la gestion du service public, une stricte obligation de neutralité ainsi que d'impartialité. Les salariés ne doivent pas manifester leurs convictions philosophiques, politiques et religieuses. Nul salarié ne peut notamment se prévaloir de ses convictions pour refuser d'accomplir une tâche. Par ailleurs, nul usager ne peut être exclu de l'accès au service public en raison de ses convictions et de leur expression, dès lors qu'il ne perturbe pas le bon fonctionnement du service et respecte l'ordre public établi par la loi.

ARTICLE 7 : LES PARTENAIRES DE LA BRANCHE FAMILLE SONT ACTEURS DE LA LAÏCITÉ

Les règles de vie et l'organisation des espaces et temps d'activités des partenaires sont respectueux du principe de laïcité en tant qu'il garantit la liberté de conscience. Ces règles peuvent être précisées dans le règlement intérieur. Pour les salariés et bénévoles, tout prosélytisme est proscrit et les restrictions au port de signes, ou tenues, manifestant une appartenance religieuse sont possibles si elles sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir, et proportionnées au but recherché.

ARTICLE 8 : AGIR POUR UNE LAÏCITÉ BIEN ATTENTIONNÉE

La laïcité s'apprend et se vit sur les territoires selon les réalités de terrain, par des attitudes et manières d'être les uns avec les autres. Ces attitudes partagées et à encourager sont : l'accueil, l'écoute, la bienveillance, le dialogue, le respect mutuel, la coopération et la considération. Ainsi, avec et pour les familles, la laïcité est le terreau d'une société plus juste et plus fraternelle, porteuse de sens pour les générations futures.

ARTICLE 9 : AGIR POUR UNE LAÏCITÉ BIEN PARTAGÉE

La compréhension et l'appropriation de la laïcité sont permises par la mise en œuvre de temps d'information, de formations, la création d'outils et de lieux adaptés. Elle est prise en compte dans les relations entre la branche Famille et ses partenaires. La laïcité, en tant qu'elle garantit l'impartialité vis-à-vis des usagers et l'accueil de tous sans aucune discrimination, est prise en considération dans l'ensemble des relations de la branche Famille avec ses partenaires. Elle fait l'objet d'un suivi et d'un accompagnement conjoints.

Document consultable et téléchargeable sur le site : [Charte de la laicite de la Branche Famille.pdf \(caf.fr\)](http://www.caf.fr/Charte-de-la-laicite-de-la-Branche-Famille.pdf)



J'ai pris connaissance de la charte de la laïcité et je l'accepte en intégralité.

Fait à :

Le :

Nom du signataire :

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez à (A) : **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS Services scolaires** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal / ville :

DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

Identification internationale de la banque :

Iban :

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom :

Adresse :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

DESIGNATION DU CREANCIER

MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS

14 AVENUE DU VALLESPYR 66480 MAUREILLAS LAS ILLAS

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA : FR85ZZZ81EF4B

Date et Signature du titulaire du compte à débiter

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS** pour le paiement des **factures du restaurant scolaire et /ou des études surveillées.**

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque et je réglerai le différend directement avec la **MAIRIE DE MAUREILLAS LAS ILLAS.**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Services Périscolaire et Extrascolaire - Syndicat Intercommunal Scolaire

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1^{er} étage, 66400 Céret
Tél : 04.68.21.20.66. www.vallespij.com



TRANSPORT cochez votre choix

Votre ou vos enfants utiliseront-ils les transports en commun ? Oui Non

Si oui :

Afin d'organiser au mieux le transport de votre enfant de l'école à votre domicile, nous vous demandons de nous retourner ce document.

NOM DE L'ENFANT : Prénom : Ecole :

NOM du représentant légal : Téléphone :

Cocher les jours où votre enfant prend le bus :

Nom de l'arrêt de bus : Commune :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAPPEL : Cette fiche ne vaut pas inscription pour les transports !

Votre enfant doit être en mesure de présenter sa carte de transport scolaire.

La demande se fait sur Le site internet : mes-transports.laregion.fr

Pour tout changement occasionnel :

→ merci d'utiliser le carnet de liaison de votre enfant ou appeler directement l'école.

POUR TOUTE AUTRE DEMANDE RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE COMMUNE

Services Périscolaire et Extrascolaire - Syndicat Intercommunal Scolaire

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1^{er} étage, 66400 Céret
Tél : 04.68.21.20.66. www.vallespij.com