



La Llagonne 29 janvier 2026

Objet : Arrivée sur le territoire

Pour faciliter vos démarches administratives, vous trouverez ci-dessous les différentes étapes relatives à l'inscription scolaire, périscolaire et extra-scolaire de votre enfant :

Pour l'inscription, rendez-vous au Pôle enfance, jeunesse, santé & social, à la Communauté de communes Pyrénées Catalanes, Col de la Quillane, 66210 La Llagonne munis des documents suivants :

- 2 photos d'identité
- Numéro et attestation d'allocataire CAF/MSA (moins de trois mois), ou dernier avis d'imposition, pour le calcul du tarif garderie et accueil de loisirs
- Un R.I.B
- Une attestation d'assurance scolaire.
- Le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance
- Carnet de vaccination à jour.
- Un justificatif de domicile

Documents à compléter

- Fiche de renseignements vierge à remplir
- Fiche sanitaire
- Signature règlement intérieur
- Fiche inscription périscolaire (garderie matin, soir, restauration scolaire.)
- Mandat de prélèvement SEPA si vous réglez vos factures par prélèvement bancaire

Pour enregistrer l'inscription de votre enfant par le directeur ou la directrice de l'école nous leur transmettrons :

- Le certificat de radiation délivré par l'ancien établissement scolaire

Pour les enfants ayant des besoins particuliers (allergie alimentaire, traitement,...)

- Une copie du PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).
- Une ordonnance du médecin traitant ou allergologue.
- Fiche d'un suivi complémentaire Hand'avant 66

Les PAI sont à renouveler chaque année, en aucun cas un enfant ne doit avoir les médicaments avec lui pour sa sécurité et celle de ses camarades.

Pour les parents séparés

Photocopie du jugement

Transport Scolaire

Si votre enfant doit utiliser les transports scolaires, la demande se fera directement en ligne sur le site : www.lio.laregion.fr avant le 31 juillet 2025. L'enfant devra être obligatoirement âgé de plus de 3 ans pour pouvoir bénéficier des transports.

Espace famille

Vous allez recevoir par mail un lien pour vous inscrire à l'espace famille.

Cet espace vous permettra d'obtenir un accès aux réservations pour les centres de loisirs et mettre à jour votre fiche famille. Vous pouvez également y payer vos factures.

Pour les personnes ne souhaitant pas accéder à l'espace famille merci de vous rapprocher du service scolaire de la communauté de communes Pyrénées Catalanes au 04.36.80.49.86

Pour toutes autres questions :

tel : 04.68.04.49.86

mail : contact.scolaire@pyrenees-catalanes.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE	
Nom de famille :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :	
Prénom(s) : / /	
Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :	

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :	
Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires : Oui Non

Nom : Prénom : Niveau : Classe :

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : **Prénom :**

Nom d'usage : **Organisme :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

L'élève habite à cette adresse : **Oui** **Non**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Courriel :

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : **Prénom :**

Nom d'usage : **Organisme :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

L'élève habite à cette adresse : **Oui** **Non**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Courriel :

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence

Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui Non

Garderie du matin : Oui Non

Études surveillées : Oui Non

Garderie du soir : Oui Non

Transport scolaire : Oui Non

Date :

Signature des représentants légaux :

Codes des professions et des catégories socio-professionnelles

AGRICULTEURS EXPLOITANTS

10 Agriculteurs exploitants

ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

21 Artisans

22 Commerçants et assimilés

23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES

31 Professions libérales

33 Cadres de la fonction publique

34 Professeurs, professions scientifiques

35 Professions de l'information, des arts et des spectacles

37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise

38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise

PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés

43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 Clergé, religieux

45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise

47 Techniciens

48 Contremaîtres, agents de maîtrise

EMPLOYÉS

52 Employés civils et agents de service de la fonction publique

53 Policiers et militaires

54 Employés administratifs d'entreprises

55 Employés de commerce

56 Personnels des services directs aux particuliers

OUVRIERS

62 Ouvriers qualifiés de type industriel

63 Ouvriers qualifiés de type artisanal

64 Chauffeurs

65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport

67 Ouvriers non qualifiés de type industriel

68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal

69 Ouvriers agricoles

RETRAITÉS

71 Retraités agriculteurs exploitants

72 Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise

74 Anciens cadres

75 Anciennes professions intermédiaires

77 Anciens employés

78 Anciens ouvriers

AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé

83 Militaires du contingent

84 Elèves, étudiants

85 Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)

86 Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

Inscription- Réinscription périscolaire & extra-scolaire **Ecole de Bolquère**

Comprend le temps de garderie du matin, du soir et de la restauration.

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe à la rentrée 2026/2027 :

Horaires Ecole de Bolquère :

	<i>Maternelle</i>	<i>Elémentaire</i>
Périscolaire matin (garderie)	7h30/8h45	7h30/8h45
Accueil école	8h50/9h00	8h50/9h00
Classe	9h00/12h10	9h00/12h15
Pause méridienne	12h10/13h35	12h15/13h50
Accueil école	13h35/13h45	13h50/14h00
Classe	13h45/16h35	14h00/16h45
Périscolaire soir (garderie)	16h35/18h15	16h45/18h15

Attention des modifications d'horaires pourront être apportées par les directeurs d'école.

1) **Restauration scolaire :**

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire :

Oui Non

Si oui, indiquez votre choix :

Forfait mensuel 4 repas réguliers par semaine chaque mois 57.60€/mois

Forfait 3 repas réguliers par semaine chaque mois
L - M - J - V (entourez) 43.50€/mois

Forfait 2 repas régulier par semaine chaque mois
L - M - J - V (entourez) 30.00€/mois

Forfait 1 repas régulier par semaine chaque mois
L - M - J - V (entourez) 15.20€/mois

Ticket repas* occasionnel* 5.00€

*L'achat et la réservation des tickets repas se feront impérativement **15 jours avant** à la Communauté de communes Pyrénées Catalanes au 04 68 04 49 86

Les tarifs en vigueur sont indiqués sur le règlement de fonctionnement que vous pouvez consulter:

- Sur votre espace famille

Ou

- sur le site internet

[https://pyrenees-catalanes.net/sites/default/files/reglement de fonctionnement commun alsh periscolaire pyr cat 2024-2025 0.pdf](https://pyrenees-catalanes.net/sites/default/files/reglement%20de%20fonctionnement%20commun%20alsh%20periscolaire%20pyr%20cat%202024-2025%200.pdf)

Pour toutes questions, contactez le service scolaire de la Communauté de communes Pyrénées catalanes

➤ **Les Projets d'Accueil Individualisé (PAI)**

Aucun médicament n'est autorisé dans le cadre scolaire, périscolaire et extrascolaire. En cas de traitement médical indispensable, il est obligatoire de fournir un PAI. (Ordonnance et autorisation écrites des parents sont obligatoires).

Le Projet d'Accueil Individualisé construit avec le médecin, les parents et la communauté éducative, fixe les conditions de prise en charge d'enfants posant des problématiques de santé (asthme, épilepsie, allergie, etc.) sur les temps scolaires, péri et extrascolaires. En cas d'allergie alimentaire, l'enfant est accueilli sur le temps de la pause méridienne avec un panier repas **délivré par sa famille** et conforme aux procédures sanitaires de stockage.

P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Merci de fournir une copie du P.A.I en cours de validité délivré par le médecin ou/et de l'ordonnance médicale.

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée. »).

Nom, téléphone du Médecin traitant

2) Péri-scolaire :

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel est rattaché l'enfant) :

Votre enfant fréquentera le péri-scolaire régulièrement :

Matin Oui Non

Soir Oui Non

Tarif péri-scolaire :

Péri-scolaire matin, midi & soir

Quotient familial	Résidents	Hors
	Communauté de communes Pyrénées Catalanes	Communauté de communes Pyrénées Catalanes
< 350	0.37€	0.46€
351 à 490	0.44€	0.53€
491 à 700	0.52€	0.61€
701 à 880	0.60€	0.69€
881 à 1000	0.68€	0.77€
1001 à 1160	0.76€	0.85€
1161 à 1320	0.84€	0.93€
1321 à 1480	0.92€	1.01€
>1481 Ou non allocataire	1€	1.09€

Pour les changements occasionnels merci de mettre un mot dans le cahier de liaison. En aucun cas le téléphone personnel de l'agent sera utilisé.

La Communauté des communes adhère au système informatique proposé par la caisse d'allocations familiales des Pyrénées Orientales qui, après autorisation des familles, permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

La Communauté des communes s'engage à la confidentialité de ces informations qui ne seront utilisées que dans le cadre du calcul du quotient Familial.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

J'autorise le service scolaire, périscolaire et extra-scolaire à consulter mon dossier allocataire CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires CAF) où MSAPRO

Oui Non

N° d'allocataire CAF (merci de fournir une attestation du QF familial de la CAF) :

N° de la MSA (merci de fournir une attestation du QF familial de la MSA)

3) Autorisation de sortie périscolaire et extrascolaire

Votre enfant fréquentera le centre de loisir : oui non

Accueil de loisirs La Cabanasse Accueil de loisirs Matemale Accueil de loisirs Mont-Louis
 Accueil de loisirs Font-Romeu

Je soussigné (e) (Mère, Père, Tuteur)

Autorise mon enfant : (cochez la/les cases correspondantes)

A participer à des activités extérieures à la structure nécessitant un transport à pied.

A participer à des activités extérieures à la structure nécessitant un transport en bus

Toute activité extérieure vous sera communiquée.

Autorise mon enfant mineur de plus de 10 ans, à quitter l'accueil de loisirs seul (valable toute l'année)

4) Photos, vidéos, images et son :

Autorise mon enfant à être filmé, photographié et enregistré (son et image).

Oui Non

Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur le site Internet de la Communauté de Communes Pyrénées Catalanes.

Oui Non

Autorisation de prélèvement :

Accueil de loisirs oui non

Restauration oui non

Garderie oui non

Je soussigné (e),.....

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la structure de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, familiale...) et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Le,..... A.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MANDAT de PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter, **accompagné d'un RIB** comportant les mentions BIC – IBAN

: Communauté de Communes Pyrénées Catalanes Col de La Quillane 66210 LA LLAGONNE
--

Nom, prénom de l'élève :

Ecole :

Niveau scolaire :

Classe :

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes Pyrénées Catalanes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes Pyrénées Catalanes.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter
Nom Prénom : (*) _____
Adresse : (*) _____ _____
Code postal : (*) _____
Ville : (*) _____
Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :
FR 9 7 Z Z Z 5 9 8 6 9 4
Nom : Communauté de Communes Pyrénées Catalanes
Adresse : Col de La Quillane
Code postal : 66210
Ville : LA LLAGONNE
Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*)

A (*) :

Signature (*) :

FICHE SANITAIRE

Coller la photo

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Ecole :

Classe rentrée 2026/2027 :

Responsable n°1 : NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel domicile : tel travail

Tel portable :

Mail :

Responsable n°2 : NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel domicile : Tel travail

Tel portable :

Mail :

Nom et téléphone d'une autre personne à prévenir et susceptible de vous joindre par la suite :

Sécurité sociale : N°/...../...../...../...../...../.....

Mutuelle complémentaire* :

(* : dont dépend l'enfant).

Assurance scolaire : Société :

N° contrat :

Responsabilité civile : oui non - Individuelle accident : oui non

Nom et tel médecin traitant :

LES VACCINATIONS : Fournir une copie du carnet de santé pour la rentrée en petite section, après le rappel du DTP à l'âge de 6 ans, et pour une nouvelle inscription, merci de compléter le tableau suivant.

Votre enfant **doit être vacciné** (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis, à l'école, en garderie, en centre de loisirs.

Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, **une admission provisoire est possible**. Vous avez alors 3 mois pour procéder aux vaccinations. En cas de refus, le directeur de l'école ou de la garderie peut exclure votre enfant.

Cf texte de loi: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171171>

Pour rappel, pour les enfants nés à partir de 2018 les vaccinations obligatoires sont les suivantes :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B
- Hépatite B
- Infections invasives à pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, oreillons et rubéole

Pour les enfants nés avant 2018, les vaccins contre la coqueluche, l'hépatite B, les méningites (Haemophilus, pneumocoque et méningite C), la rubéole, et les oreillons sont conseillées en collectivité.

Le Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) sont **obligatoire**

Vaccinations obligatoires	Date derniers rappels
DTP (enfants nés avant 2018)	
DTP, coqueluche, Haemophilus	
Hépatite B	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pneumocoque	
Méningocoque	
Autre préciser	

P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) : oui non

Merci de fournir une copie du P.A.I en cours de validité délivré par le médecin ou/et de l'ordonnance médicale.

L'enfant suit-il un traitement médical oui non

Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée.

ALLERGIES :

- Asthmes Allergie cutanées Allergie alimentaire Allergie médicamenteuse

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles ?

Rougeole Oui non

Rubéole Oui non

Coqueluche Oui non

Scarlatine Oui non

Oreillons Oui non

Varicelle Oui non

En cas d'allergie, préciser la cause et la conduite à tenir puis fournir le protocole avec trousse d'urgence :

Indiquer ici les autres difficultés de santé et précaution à prendre :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Recommandations utiles signalées par les parents : (l'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire, problème de propreté):

Autorisation de transfert, d'hospitalisation et d'intervention médicale ou chirurgie d'urgence

Je soussigné(e).....(mère, père, tuteur)

Demeurant :

Responsable légal de l'enfant :

- Autorise la structure à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant.
- Autorise la structure à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence prioritairement à l'hôpital le plus proche.

Le cas contraire indiquer le nom, l'adresse et numéro de téléphone de l'hôpital :

- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires.

Fait à
Le

Signature (précédée de la mention «lu et approuvé »)

SI VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN SUIVI COMPLÉMENTAIRE

Modalités d'inscription

Tout responsable légal, qui a complété dans la fiche de renseignements que l'enfant bénéficie d'un suivi complémentaire et/ou d'un projet personnel de scolarisation (P.P.S.), sera invité à rencontrer un.e responsable de la structure et Hand'avant 66*. Une rencontre sera également organisée avec au minimum un responsable légal dès lors que l'enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.). Tout responsable légal prenant rendez-vous, pourra également s'entretenir avec un responsable de l'accueil pour préparer, respecter et adapter, le projet d'accueil mis en place avec et pour l'enfant.

* Pôle Ressources Hand'avant 66 : Facilite l'accueil des enfants à besoin particulier - Accompagne et Sensibilise les équipes

Modalités d'accueil

Si l'enfant bénéficie d'un suivi complémentaire et/ou d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) et/ou d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), un document dédié précisera les modalités de l'accueil pour garantir la sécurité physique, morale et affective de l'enfant et du groupe d'enfants dans lequel il évolue. Ces modalités d'accueil ne sont pas figées. Elles pourront être réajustées au regard : de l'évolution des besoins particuliers de l'enfant, de la présence d'un accompagnant complémentaire à l'équipe, de nouvelles préconisations élaborées entre Hand'avant 66 et l'équipe de la structure voire d'autres professionnel-le-s intervenant auprès de l'enfant. Après signature de chacune des parties, l'envoi d'une copie au Pôle Ressources Hand'avant 66 peut permettre une offre complémentaire pour répondre aux attentes du/des responsable-s légal-aux.

Tous les responsables légaux ayant coché les cases signalées en rouge ci-dessous, devront bénéficier d'une rencontre de Hand'avant 66 et d'une proposition d'accompagnement de l'accueil selon leurs convenances.

Nom - Prénom

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

Classe

École Maternelle

École Élémentaire

Collège

Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)

A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante.

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non

Oui

Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

Aucun

Allergie

Autres troubles de santé

Autres Préciser

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non

Oui

Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AAEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Non

Oui

Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaires

Selon les éléments transm

Présentation de proposition de PIÈCES A JOINDRE

Si PAI : Document de **Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques**

Si suivi complémentaire : Justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATTP, Hôpital de jour).

Si PPS : Notification CDAPH - Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou un avis favorable pour l'intervention d'un·e AESH y compris sur le temps méridien.

Si AEEH : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)

Accusé de réception du règlement intérieur :

Le règlement intérieur est disponible

- Sur l'espace famille
- Sur le site <https://www.pyrenees-catalanes.net/fr/vivre-et-habiter/nos-enfants/lecole>
- A la communauté de communes Pyrénées Catalanes en version papier

Je soussigné (e),

(père, mère, tuteur)

Nom de l'enfant

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription et m'engage à prévenir la structure de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, familiale...) et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Le,

A

Signature,
précédée de la mention « lu et approuvée »

