



# ACCUEILS DE LA VILLE DE LEGE 2024-2025

CES DOCUMENTS SONT A REMETTRE DUMENT REMPLIS  
A LA MAISON DE L'ENFANCE OU EN MAIRIE

**DES QUE POSSIBLE ET**  
**IMPERATIVEMENT, AVANT LE 10 JUIN 2024**

Veillez à bien fournir les pièces suivantes :

- ✓ La fiche d'inscription dûment remplie,
- ✓ La fiche de renseignements famille,
- ✓ L'autorisation du responsable légal,
- ✓ La fiche sanitaire,
- ✓ La photocopie des pages de vaccinations du **carnet de santé**,
- ✓ Le formulaire SEPA et Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB, IBAN)
- ✓ Une attestation de quotient familial de la CAF ; MSA etc.

# DATES DES RESERVATIONS POUR LES VACANCES SCOLAIRES 2024/2025

## Vacances de la Toussaint

(fin des cours vendredi 18 octobre reprise lundi 4 novembre 2024)

Début des réservations : **lundi 23 septembre 2024**

Clôture et date limite des annulations : **dimanche 13 octobre 2024**

## Vacances de Noël

(fin des cours vendredi 20 décembre 2024, reprise lundi 6 janvier 2025)

La Maison de l'enfance sera fermée du 23 au 27 décembre 2024

Début des réservations : **lundi 25 novembre 2024**

Clôture et date limite des annulations : **dimanche 15 décembre 2024**

## Vacances d'Hiver

(fin des cours vendredi 7 février, reprise lundi 24 mars 2025)

Début des réservations : **lundi 13 janvier 2025**

Clôture et date limite des annulations : **dimanche 2 février 2025**

## Vacances de Printemps

(fin des cours vendredi 4 avril 2025 reprise mardi 22 avril 2025)

Début des réservations : **lundi 10 mars 2025**

Clôture et date limite des annulations : **dimanche 30 mars 2025**

## Vacances d'Été

(fin des cours vendredi 4 juillet 2025)

La Maison de l'enfance sera fermée du 28 juillet au 14 août 2025

Début des réservations : **lundi 2 juin 2025**

Clôture et date limite des annulations : **dimanche 29 juin 2025**

## Passé ces délais :

**La réservation sera automatiquement facturée que l'enfant soit présent ou non,  
Toute demande de réservation sera étudiée au cas par cas en fonction du  
justificatif fourni et des disponibilités d'accueils.**



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Une fiche de renseignements famille unique.  
 Pour les parents séparés, remplir une fiche par parent.  
 A REMPLIR EN LETTRE CAPITALE SVP

NOM Prénom	Sexe	Né(e) le	Ecole
1-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre
2-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre
3-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre
4-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre
5-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre
6-	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Chambord <input type="checkbox"/> Notre-Dame <input type="checkbox"/> Autre

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<b>NOM Prénom :</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Téléphones :</b>	- Portable : _____ - Travail : _____ - Domicile : _____	- Portable : _____ - Travail : _____ - Domicile : _____
<b>Courriel :</b>		
<b>Lieu de travail :</b>		
<b>N° allocataire :</b>		
<b>N° de sécurité sociale</b>		
<b>Nom et n° de police d'Assurance :</b>		
<b>Situation des parents</b>	<input type="checkbox"/> Mariés, pacsés ou vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcés ou séparés, précisez s'il y a une garde alternée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui joindre le calendrier des gardes et prévenir de tout changement	
<b><u>OBLIGATOIRE !!!</u></b> <b>Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (au cas où les parents ne sont pas joignables)</b>	NOM Prénom : _____ ☎:(portable) : _____ ☎: (autre) : _____	NOM Prénom : _____ ☎:(portable) : _____ ☎: (autre) : _____

En cas d'impossibilité de venir vous-même récupérer votre(s) enfants aux accueils périscolaires ou loisirs, vous autorisez l'équipe d'animation à remettre votre enfant aux personnes indiquées ci-dessous (NOM + Prénom) :

- |          |          |
|----------|----------|
| 1- _____ | 5- _____ |
| 2- _____ | 6- _____ |
| 3- _____ | 7- _____ |
| 4- _____ | 8- _____ |

Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous pouvez bénéficier d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du service périscolaire

# AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

Déclare :

- Inscrire mon(mes) enfant(s) aux accueils (périscolaires et de loisirs à la Maison de l'Enfance, Restauration scolaire de l'école du CHAMBORD) proposés par la Commune de LEGE selon les informations indiquées dans ce dossier.

- Autoriser le responsable de l'accueil à prendre en cas d'accident, toutes les mesures d'urgence en vue d'assurer à mon enfant les soins médicaux et si nécessaire son transport à l'hôpital ou tout autre établissement de soins.

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur, du fonctionnement des accueils périscolaires, de Loisirs et de la Restauration scolaire organisés par la Commune de LEGE. (Documents disponibles sur le site internet de la commune : [www.ville-lege44.fr](http://www.ville-lege44.fr))

- Avoir noté qu'à défaut de l'attestation de quotient familial de la CAF, il me sera appliqué la tarification la plus élevée.

Autoriser l'équipe d'animation à filmer, et/ou photographier, mon(mes) enfant(s) dans le cadre des accueils et à utiliser sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon(mes) enfant(s) susmentionné aux fins d'un document, d'une création, d'une exposition interne aux accueils.

Autoriser la Commune de Legé à diffuser, et à utiliser sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon(mes) enfant(s) sur les pages officielles Internet, sur les bulletins d'information communaux ou intercommunaux ou également dans des articles de presse.

**Nombre de cases cochées :** \_\_\_\_\_

Signatures des représentants légaux  
« Lu et approuvé - bon pour accord »

# AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS PERISCOLAIRES

Formulaire à compléter pour le règlement de vos factures par prélèvement automatique. Joindre impérativement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB, IBAN)

Je soussigné(e), Mme, M. \_\_\_\_\_

Demande à bénéficiaire du prélèvement SEPA pour le règlement des prestations périscolaires (restauration scolaire, accueil périscolaire, accueil de loisirs sans hébergement) selon les modalités et conditions ci-après :

- J'autorise la commune de Legé à prélever sur mon compte bancaire pour le règlement des factures des prestations ci-dessus. La commune de Legé s'engage à me faire parvenir la facture afférente présentant le montant à régler, ainsi que la date retenue pour le prélèvement des sommes dues, (sauf exception, entre le 5 et le 10 du mois suivant celui de la facturation).

- Je m'engage à approvisionner mon compte bancaire de sorte que le prélèvement puisse avoir lieu.

- Je suis informé(e) qu'en cas d'incidents répétés de paiement ou de rejet, la commune de Legé pourra mettre fin au prélèvement, après m'en avoir préalablement informé(e).

- Il est convenu que mon adhésion au dispositif de prélèvement SEPA est permanente et demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit annulée, par écrit, par moi-même ou par la commune de Legé. Je déclare avoir pris connaissance des modalités et conditions générales de mise en place du prélèvement SEPA pour le règlement des prestations périscolaires.

IDENTIFICATION CREANCIER SEPA :	
Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
NOM Prénom : .....	Nom : MAISON DE L'ENFANCE DE LEGE
Adresse : .....	Adresse : 10 TER PLACE DU CHAMP DE FOIRE
Code postal : .....	Code postal : 44650
Ville : .....	Ville : LEGE
Pays : .....	Pays : France
Adresse mail : .....	
Désignation du titulaire du compte à débiter	
Identification internationale (IBAN) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Identification internationale de la banque (BIC) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<small>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.</small>	

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**  
**ANNEE SCOLAIRE : 2024-2025**

**ENFANT (UNE FICHE PAR ENFANT)**

**NOM Prénom :**

Date de naissance :

**Ecole :**

- FILLE  
 GARÇON

**Ecole :**

- Chambord  Notre-Dame  
 Autre établissement

**Classe 2024-2025 :**

- PS  MS  GS  
 CP  CE1  CE2  
 CM1  CM2

**LA RESTAURATION SCOLAIRE (POUR LES ENFANTS SCOLARISE A L'ECOLE DU CHAMBORD):**

- LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI  Occasionnellement \*

Votre enfant est-il sujet à une allergie alimentaire nécessitant la fourniture du repas par les parents,  
(Un PAI sera demandé avec justificatif médical)  oui  Non

**LES ACCUEILS PERISCOLAIRES A LA MAISON DE L'ENFANCE :**

*(le matin de 7h00 à 8h15, le soir de 16h30 à 19h00)*

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	
<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Occasionnellement *

**L'ACCUEIL DE LOISIRS LES MERCREDIS EN PERIODE SCOLAIRE :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mercredi matin sans repas<br><input type="checkbox"/> Mercredi matin avec repas | <input type="checkbox"/> Journée entière | <input type="checkbox"/> Mercredi après-midi avec repas<br><input type="checkbox"/> mercredi après-midi sans repas |
|--|--|--|

Occasionnellement,

Inscription via le portail famille au plus tard le mercredi de la semaine précédente,  
Péricentre 7h00-8h30 et 17h30-19h00, tarification à la ½ heure

**LES VACANCES SCOLAIRES :**

**Inscription via le portail famille selon le calendrier que vous trouverez en annexe**

Les réservations sont ouvertes 4 semaines avant le début des vacances et sont clôturées 8 jours avant le 1<sup>er</sup> jour des vacances

**Cadre réservé à l'administration, ne rien noter**



# FICHE SANITAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE LA MAISON DE L'ENFANCE DE LEGE  
10 Ter, Place du CHAMP DE FOIRE- 44650 LEGE Tel : 02-40-33-97-11  
ORGANISATEUR : COMMUNE DE LEGE

**A REMPLIR EN LETTRE CAPITALE SVP**

**Joindre obligatoirement la copie des pages de vaccination du carnet de santé**

NOM PRENOM de l'enfant : _____		Date de naissance : _____	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Poids : _____ .kg	Taille : _____ (nécessaire en cas d'urgence)	Classe : _____
N° de sécurité sociale : _____			
Responsable Légal 1 : _____		Responsable Légal 2 : _____	
Tel portable : _____		Tel portable : _____	
Tel travail : _____		Tel travail : _____	
Tel fixe : _____		Tel fixe : _____	
SITUATION DES PARENTS : <input type="checkbox"/> mariés, pacés ou vie maritale <input type="checkbox"/> divorcés ou séparés*			
*Y a-t-il un jugement relatif à la garde des enfants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<u>Personne supplémentaire à prévenir en cas d'urgence (Nom +Numéro de téléphone)</u> .....			

## SANITAIRE

<b>VACCINS ((Veuillez cocher la case et préciser la dernière date de vaccination)) :</b> Joindre obligatoirement la copie des pages de vaccination du carnet de santé ou à défaut une attestation du médecin. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION		<b>L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES</b>
Obligatoire <input type="checkbox"/> DTP Diphtérie Tétanos Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq date du dernier rappel : .....		<input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> ROR date : _____	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> Hépatite date : _____	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> BCG date : _____		<input type="checkbox"/> Scarlatine
		<input type="checkbox"/> Autres : _____
Médecin traitant : _____		
Traitement médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Précisez) :		
Asthme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lunettes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Appareil dentaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Précisez) :		
Votre enfant est-il en situation de handicap reconnue par la MDPH ou d'un PAI lié au handicap : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours		
Votre enfant est-il sujet à une allergie alimentaire nécessitant la fourniture du repas par les parents, (joindre justificatif médical ou PAI) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre(s) Allergie(s) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Précisez) : _____		
<u>Le mineur présente-t-il un problème de santé ?</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non , si oui préciser _____ _____ _____		RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant,.....: _____ _____ _____

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date, Signature :

## GRILLE TARIFAIRE applicable en janvier 2024

ACCUEIL DE LOISIRS ET PÉRISCOLAIRE DE LEGÉ "ENFANTS DE 3 A 12 ANS"											
Barème Allocataires C.A.F. ou M.S.A. (selon Quotient Familial)	PÉRI- SCOLAIRE ou PÉRI- CENTRE (à la demi-heure)	DEMI-JOURNÉE sans repas		DEMI-JOURNÉE avec repas		TARIF JOURNÉE (8h30-17h30)		FORFAIT SEMAINE (5 jours 14 jours*)		SÉJOUR MINI-CAMP (5 jours et 4 nuits)	
		Commune	Hors Commune	Commune	Hors Commune	Commune	Hors Commune	Commune	Hors Commune	Commune	Hors Commune
1 De 0 à 500 €	0,75 €	4,10 €	5,10 €	8,40 €	9,40 €	9,45 €	11,45 €	46,00 € / 36,90 €	54,00 € / 43,40 €	75,50 €	87,00 €
2 De 500,01 à 700 €	0,97 €	6,15 €	7,15 €	10,45 €	11,45 €	13,55 €	15,55 €	59,00 € / 47,40 €	70,00 € / 55,90 €	112,00 €	128,00 €
3 De 700,01 à 1 000 €	1,07 €	7,15 €	8,15 €	11,45 €	12,45 €	15,55 €	17,55 €	67,00 € / 53,40 €	77,50 € / 62,40 €	123,00 €	140,00 €
4 De 1 000,01 à 1 300 €	1,23 €	8,20 €	10,20 €	12,50 €	14,50 €	17,65 €	21,65 €	78,00 € / 62,40 €	94,00 € / 75,40 €	140,00 €	157,50 €
5 Supérieur à 1 300 €	1,28 €	9,20 €	11,20 €	13,50 €	15,50 €	19,65 €	23,65 €	88,50 € / 70,90 €	104,00 € / 83,40 €	155,00 €	174,00 €

(Tarif pour 1 enfant)

☑ Une réduction de 10 % est proposée à partir du 2<sup>ème</sup> enfant présent, 20 % pour le 3<sup>ème</sup> enfant et 30 % pour le 4<sup>ème</sup> enfant.

☑ Les goûters, pique-niques et repas sont compris dans les tarifs.

☑ Modes de paiement : Par virement, carte bleue, sur [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr) ou chèque bancaire (à l'ordre du trésor public) auprès de la trésorerie de Pornic.

**Coordonnées bancaires** IBAN : FR62 3000 1005 89G4 4200 0000 067 BIC : BDFEFRPPCCT

Paiement par prélèvement : joindre un RIB.

☑ Tout retard est facturé 1 € par 1/4 d'heure, en plus du tarif périscolaire ou péricentre à la demi-heure.

☑ Pour l'accueil de loisirs, si l'annulation n'a pas été prévue 8 jours à l'avance, la facturation sera effectuée.

☑ Pour l'accueil périscolaire il vous sera facturé 2€ de pénalité par enfant pour toute annulation non prévue dans les délais et pour toute inscription non prévue dans les délais, cette pénalité vous sera facturée en plus du tarif périscolaire à la demi-heure, et par enfant.

Attention : à défaut de justificatif, le tarif 5 sera systématiquement appliqué

\* Le forfait 4 jours s'applique à une semaine complète (exemple : semaine avec un jour férié)