



Dossier d'inscription 2026-2027

!! A REMPLIR AVANT LE 31 MAI 2026 !!

Ce dossier est à compléter pour une famille.

Il permet l'inscription de vos enfants aux différents services Enfance et Jeunesse intercommunaux du Vallespir :
périscolaire, extrascolaire et aux services de restauration scolaire.

**Pour chaque enfant, vous devez remplir une fiche de renseignement, une fiche
sanitaire et les deux fiches famille.**



Pièces complémentaires à fournir:

- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire ou de responsabilité civile.
- ☐ Photocopie des vaccinations à jour ou certificat médical de vaccinations à jour
- ☐ Dernière attestation d'allocataire CAF ou MSA ou l'avis d'imposition (pour le calcul du tarif selon quotient familial)
- ☐ Un justificatif de domicile (quittance EDF, facture téléphonie...).
- ☐ **Si mode de garde spécifique** (garde alternée, placement à l'Aide Sociale à l'Enfance, etc.), un justificatif officiel.
- ☐ **Si maladie/allergie ou autre information médicale importante**, le certificat médical ou le projet d'Accueil Individualisé (PAI) précisant les besoins thérapeutiques.
- ☐ **Si suivi complémentaire**, le justificatif précisant l'entrée de l'enfant dans un parcours bilan/ intervention précoce (PMI, PCO, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATTP, Hôpital de jour).
- ☐ **Si PPS**, la notification CDAPH précisant un avis favorable pour l'intervention d'un(e) AESH y compris sur le temps méridien et/ou une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP, DITEP).
- ☐ **Si AEEH**, fournir la notification MDPH précisant l'ouverture des droits à l'AEEH.

Uniquement pour la Restauration Scolaire:

- ☐ L'autorisation de prélèvement automatique complétée (fiche à la fin du dossier).
- ☐ Pour la restauration scolaire de Maureillas-las-Illas : attestation employeur des deux parents.
- ☐ Le RIB.

Uniquement pour l'Accueil Ado du Vallespir, l'Accueil des 14-17 ans, les Séjours Vacances

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



Pour suivre l'actualité Enfance-Jeunesse :

Accueils périscolaires du Vallespir / Accueil ado du Vallespir / Céret - ALSH Maternel et Élémentaire / Le Boulou - ALSH Maternel et Élémentaire / Maureillas - ALSH Maternel et Élémentaire / Séjours Vacances Vallespir

Fiche de contacts

Restauration scolaire	Restauration scolaire de Céret : 16 avenue Francesc Irla (2^{ème} étage) 66400 Céret  04.68.82.64.92  restauration.scolaire@mairie-ceret.fr Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi 8h-12h Restauration scolaire Le Boulou : Mairie, 2 avenue Léon Grégory 66160 Le Boulou  06.15.88.69.34  restaurationscolaire@mairie-leboulou.fr Restauration scolaire Maureillas-las-Illas: Mairie, 14 avenue du Vallespir 66480 Maureillas Las Illas  04.30.44.03.07 - 06.35.31.02.31 Horaires d'ouverture : du lundi au jeudi 9h-12h /14h-18h et le vendredi 9h-12h /14h-17h
Accueils de loisirs Péri-scolaires (ALP)	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 – 06.08.37.80.74  perisco.ceret@vallespir.com 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 ALP école maternelle J. Prévert du Boulou, Rue Ronsard 66160 Le Boulou.  06.70.48.99.38  perisco.boulou@vallespir.com ALP école élémentaire la Suberaie du Boulou, 16 Rue du 4 Septembre 66160 Le Boulou.  06.01.12.21.69  perisco.boulou@vallespir.com 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 ALP école élémentaire L. Pianelli de Maureillas-las-Illas, 12 bis rue Sainte Madeleine 66480 Maureillas Las Illas.  06.04.70.01.93
Accueils de loisirs Extrascolaires	Accueil de loisirs maternel de Céret, 29 rue Joseph Parayre.  06.08.37.80.74 Accueil de loisirs élémentaire de Céret, 2 avenue Jules Ferry 66400 Céret.  06.12.65.75.04  alsh.ceret@vallespir.com Accueil de loisirs maternel du Boulou, école rue Ronsard 66160 Le Boulou.  04.68.21.12.70 - 06.70.48.99.38 Accueil de loisirs élémentaire du Boulou, Carrer El Moli Vell 66160 Le Boulou.  04 68 87 70 66 – 06.01.12.21.69  alsh.leboulou@vallespir.com Accueil de loisirs maternel de Maureillas-las-Illas, route de Saint-Jean 66480 Maureillas-las-Illas.  06.29.24.77.29 Accueil de loisirs élémentaire de Maureillas-las-Illas, Rue sainte madeleine 66480 Maureillas-las-Illas.  06.04.70.01.93  alsh.maureillas@vallespir.com Accueil Ado du Vallespir - Des 11-14ans sur Céret et des 14-17 ans sur le Vallespir, Place Henri Guitard 66400 Céret  04.68.21.20.66 - 06.09.58.84.24 - Des 11-14 ans sur le Boulou 52 Avenue Générale de Gaulle 66160 Le Boulou (Inscriptions)  reservationado@vallespir.com Cantine scolaire de la Suberaie durant les vacances  06.88.30.55.38 Séjours vacances Vallespir, Place Henri Guitard 66400 Céret.  04.68.21.20.66  sejour@vallespir.com

Services Péri-scolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com

Enfant 1 : fiche de renseignements 2026-2027

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin
PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
SCOLARISATION : ☐ Ecole, Collège, Lycée : Classe :
☐ Institution (IME, ITEP ...) :
☐ A domicile ☐ Non concerné q Autre (préciser) :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer la nature du régime : ☐ Troubles de la santé (par ex, allergie à préciser dans la fiche sanitaire)
☐ Autre à préciser (par ex., sans viande) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DE :

- projet personnel de scolarisation (Geva-sco, AESH, ULIS...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, PCO...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre

Dans le cadre d'un PPS et/ou d'un suivi complémentaire, pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte, si nécessaire, les besoins particuliers de votre enfant. Quant à l'AEEH, le recensement du nombre de bénéficiaires est fait à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « bonus inclusion » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

*Cocher "Ne souhaite pas répondre" est un droit que nous respectons. Cependant, cela peut limiter notre capacité à anticiper, les besoins de votre enfant, à organiser les aménagements nécessaires et à garantir un accueil sécurisé, confortable et pleinement inclusif. Nous vous invitons à entrer en contact avec la direction si vous avez le moindre doute ou si vous préférez en parler de vive voix.

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 (périscolaire et 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 ou de la MSA afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA

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

Services Périscolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com

Enfant 1 : fiche sanitaire de liaison 2026-2027

NOM DE L'ENFANT : Prénom :
Date de Naissance :/...../..... Sexe : ☐ F ☐ M
Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)
Traitement médical permanent : ☐ oui ☐ non (Si oui, joindre une copie du document.)
Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ oui ☐ non ☐ en cours (Si oui, joindre une copie du PAI ainsi que deux trousseaux complètes. Le protocole de « paniers repas » peut être mis en place uniquement dans le cadre d'un PAI.)

Vaccinations : joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé au nom de l'enfant ou un certificat médical à jour de vaccinations

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

ALLERGIES:

- Angine ----- ☐ oui ☐ non
- Otite ----- ☐ oui ☐ non
- Rubéole ----- ☐ oui ☐ non
- Coqueluche ----- ☐ oui ☐ non
- Rhumatisme articulaire ---- ☐ oui ☐ non
- Scarlatine ----- ☐ oui ☐ non
- Oreillons ----- ☐ oui ☐ non
- Rougeole ----- ☐ oui ☐ non
- Varicelle ----- ☐ oui ☐ non

Médicamenteuse ----- ☐ oui ☐ non
Alimentaire ----- ☐ oui ☐ non **Préciser**
Piqûres d'insectes ----- ☐ oui ☐ non
Asthme ----- ☐ oui ☐ non
Autres (préciser) _____

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 pour améliorer l'accueil de votre enfant ?

☒ 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 :

Enfant 2 : fiche de renseignements 2026-2027

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin
PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
SCOLARISATION : ☐ Ecole, Collège, Lycée : Classe :
☐ Institution (IME, ITEP ...) :
☐ A domicile ☐ Non concerné q Autre (préciser) :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer la nature du régime : ☐ Troubles de la santé (par ex, allergie à préciser dans la fiche sanitaire)

☐ Autre à préciser (par ex., sans viande) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DE :

- projet personnel de scolarisation (Geva-sco, AESH, ULIS...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, PCO...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- l'AAEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre

Dans le cadre d'un PPS et/ou d'un suivi complémentaire, pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte, si nécessaire, les besoins particuliers de votre enfant. Quant à l'AAEH, le recensement du nombre de bénéficiaires est fait à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « bonus inclusion » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

*Cocher "Ne souhaite pas répondre" est un droit que nous respectons. Cependant, cela peut limiter notre capacité à anticiper, les besoins de votre enfant, à organiser les aménagements nécessaires et à garantir un accueil sécurisé, confortable et pleinement inclusif. Nous vous invitons à entrer en contact avec la direction si vous avez le moindre doute ou si vous préférez en parler de vive voix.

REEMPLIR 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 (périscolaire et 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 ou de la MSA afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA

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

Services Périscolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com

Enfant 2 : fiche sanitaire de liaison 2026-2027

NOM DE L'ENFANT : Prénom :
Date de Naissance :/...../..... Sexe : ☐ F ☐ M
Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)
Traitement médical permanent : ☐ oui ☐ non (Si oui, joindre une copie du document.)
Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ oui ☐ non ☐ en cours (Si oui, joindre une copie du PAI ainsi que deux trousseaux complètes. Le protocole de « paniers repas » peut être mis en place uniquement dans le cadre d'un PAI.)

Vaccinations : joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé au nom de l'enfant ou un certificat médical à jour de vaccinations

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

ALLERGIES:

- Angine ----- ☐ oui ☐ non
- Otite ----- ☐ oui ☐ non
- Rubéole ----- ☐ oui ☐ non
- Coqueluche ----- ☐ oui ☐ non
- Rhumatisme articulaire ---- ☐ oui ☐ non
- Scarlatine ----- ☐ oui ☐ non
- Oreillons ----- ☐ oui ☐ non
- Rougeole ----- ☐ oui ☐ non
- Varicelle ----- ☐ oui ☐ non

Médicamenteuse ----- ☐ oui ☐ non
Alimentaire ----- ☐ oui ☐ non **Préciser**
Piqûres d'insectes ----- ☐ oui ☐ non
Asthme ----- ☐ oui ☐ non
Autres (préciser) _____

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 pour améliorer l'accueil de votre enfant ?

☒ 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 :

Enfant 3 : fiche de renseignements 2026-2027

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin
PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
SCOLARISATION : ☐ Ecole, Collège, Lycée : Classe :
☐ Institution (IME, ITEP ...) :
☐ A domicile ☐ Non concerné q Autre (préciser) :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer la nature du régime : ☐ Troubles de la santé (par ex, allergie à préciser dans la fiche sanitaire)
☐ Autre à préciser (par ex., sans viande) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DE :

- projet personnel de scolarisation (Geva-sco, AESH, ULIS...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, PCO...) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre
- l'AAEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ *Ne souhaite pas répondre

Dans le cadre d'un PPS et/ou d'un suivi complémentaire, pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte, si nécessaire, les besoins particuliers de votre enfant. Quant à l'AAEH, le recensement du nombre de bénéficiaires est fait à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « bonus inclusion » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

*Cocher "Ne souhaite pas répondre" est un droit que nous respectons. Cependant, cela peut limiter notre capacité à anticiper, les besoins de votre enfant, à organiser les aménagements nécessaires et à garantir un accueil sécurisé, confortable et pleinement inclusif. Nous vous invitons à entrer en contact avec la direction si vous avez le moindre doute ou si vous préférez en parler de vive voix.

REEMPLIR 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 (périscolaire et 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 ou de la MSA afin de consulter votre quotient familial.

CAF MSA

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

Services Périscolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com

Enfant 3 : fiche sanitaire de liaison 2026-2027

NOM DE L'ENFANT : Prénom :
Date de Naissance :/...../..... Sexe : ☐ F ☐ M
Numéro de sécurité sociale (affilié à l'enfant)
Traitement médical permanent : ☐ oui ☐ non (Si oui, joindre une copie du document.)
Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ oui ☐ non ☐ en cours (Si oui, joindre une copie du PAI ainsi que deux trousseaux complètes. Le protocole de « paniers repas » peut être mis en place uniquement dans le cadre d'un PAI.)

Vaccinations : joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé au nom de l'enfant ou un certificat médical à jour de vaccinations

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

ALLERGIES:

- Angine ----- ☐ oui ☐ non
- Otite ----- ☐ oui ☐ non
- Rubéole ----- ☐ oui ☐ non
- Coqueluche ----- ☐ oui ☐ non
- Rhumatisme articulaire ---- ☐ oui ☐ non
- Scarlatine ----- ☐ oui ☐ non
- Oreillons ----- ☐ oui ☐ non
- Rougeole ----- ☐ oui ☐ non
- Varicelle ----- ☐ oui ☐ non

Médicamenteuse ----- ☐ oui ☐ non
Alimentaire ----- ☐ oui ☐ non **Préciser**
Piqûres d'insectes ----- ☐ oui ☐ non
Asthme ----- ☐ oui ☐ non
Autre (préciser) _____

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 pour améliorer l'accueil de votre enfant ?

☒ 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 :

Famille : fiche réservations 2026-2027

RESTAURATION SCOLAIRE:

Cocher vos choix à l'année : ☐ Céret ☐ Le Boulou ☐ Maureillas-las-Illas

NOM/ PRÉNOM DE L'ENFANT	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
_____	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐

*En cas de modification d'inscription en cours d'année, veuillez nous contacter. Nous procéderons aux éventuelles modifications selon la réglementation en vigueur (voir les règlements intérieurs).

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES (MATERNEL ET ÉLÉMENTAIRE)

Cocher vos choix à l'année : ☐ Céret ☐ Le Boulou ☐ Maureillas-las-Illas

	NOM/ PRÉNOM DE L'ENFANT	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Matin	Enfant 1 _____	☐	☐	☐	☐
	Enfant 2 _____				
	Enfant 3 _____				
Midi	Enfant 1 _____	☐	☐	☐	☐
	Enfant 2 _____				
	Enfant 3 _____				
Soir	Enfant 1 _____	☐	☐	☐	☐
	Enfant 2 _____				
	Enfant 3 _____				

Cocher vos choix puis envoyer un mail de réservation avec les dates précises directement au service concerné:

ACCUEILS EXTRASCOLAIRE ENFANCE (30 MOIS - 11 ANS)

- ☐ Accueil de loisirs maternel et élémentaire CÉRET alsh.ceret@vallespir.com ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3
☐ Accueil de loisirs maternel et élémentaire LE BOULOU alsh.leboulou@vallespir.com ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3
☐ Accueil de loisirs maternel et élémentaire MAUREILLAS-LAS-ILLAS alsh.maureillas@vallespir.com ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3

EXTRASCOLAIRE JEUNESSE (11-17ANS)

Cocher une ou plusieurs des cases ci-dessous entraîne une seule facturation de 8 € d'adhésion à l'accueil libre. Cette adhésion est valable du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante.

- ☐ Accueil Ado du Vallespir reservationado@vallespir.com
 • Pour les 11-14 ans sur Céret ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3
 • Pour les 11-14 ans sur le Boulou ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3
 • Pour les 14-17ans sur le Vallespir ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3
☐ Séjours vacances Vallespir sejour@vallespir.com ☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3

Fait à :

Le :

Nom du signataire :

Signature :

Services Périscolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com

Famille : fiche autorisations 2026-2027

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/ou mes enfants, dans tous supports de communication (site internet et réseaux sociaux gérés par la CCV, 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 À RÉCUPÉRER L'ENFANT âgées d'au moins 18 ans

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

☒ En tant que responsable légal, j'autorise les personnes précédentes à récupérer mon/ ou mes enfants 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 (ajout ou annulation).

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)

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) via le service CDAP, ainsi que sur le site de la MSA (Mutualité Sociale Agricole).
- ☒ 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 CCV à transmettre, si nécessaire, et dans le cadre de ses activités, le dossier à la commune.

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

Services Périscolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires
Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.
www.vallespir.com

Charte de la laïcité de la branche famille 2026-2027

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 À 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 FAMILLESONT 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 laïcité de la Branche Famille.pdf \(caf.fr\)](https://www.caf.fr/la-branchefamille/charte-de-la-laicite-de-la-branche-famille)



☒ 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 :

Type de contrat : RESTAURATION SCOLAIRE CERET

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de CERET à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de CERET. 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.

FR 82ZZZ8000FF

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Mairie de Céret

Adresse : 6 Bd Maréchal Joffre

Code postal : 66400

Ville : CERET

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Nom de(s) l'enfant(s) :

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

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

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Maire de CERET En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de CERET).

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 Péri-scolaire et Extrascolaire – Restaurations scolaires

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1er étage, 66400 Céret Tél : 04.68.21.20.66.

www.vallespir.com



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : RESTAURATION SCOLAIRE LE BOULOU

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie du Boulou à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et autoriser votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie du Boulou. 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
FR 42ZZZ81EBE1

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom,prénom :	Nom : Mairie du Boulou
Adresse :	Adresse : 2 av, Léon Jean Grégory
Code Postal :	Code Postal : 66160
Ville :	Ville : LE BOULOU
Pays :	Pays : FRANCE

[illegible]

Type de paiement : Paiement récurrent
Nom de(s) l'enfant(s) :

Signé à :

Signature :



Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE	
Nom du tiers débiteur :	

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

Rappel : 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 du Boulou. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différent directement avec la Mairie du Boulou.

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.

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.



TRANSPORT

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

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 DE L'ENFANT : _____ Prénom : _____ Ecole : _____

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	☐	☐	☐	☐
SOIR	☐	☐	☐	☐

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

La demande se fait sur Le site internet <https://transportscolaires.laregion.fr/>

Pour tout changement occasionnel :

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