



L'ALSH TOUPIDECS FARCEURS MUSAU HAGUENAU

42 enfants âgés de **6 à 12 ans** dont quelques-unes réservées à des **enfants en situation de handicap** dont l'accueil se fera en fonction de l'intensité du handicap de l'enfant et des troubles qui y sont éventuellement associés.

Les **animateurs** sont sensibilisés et informés sur l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire.

Mon enfant sera accueilli - Les mercredis – De 11h30 à 18h30

Uniquement sur **inscriptions précédemment confirmées** par écrit, **sous réserve de places disponibles**

à la demi-journée avec repas (de 11h30 à 18h30 au plus tard)

ou à la demi-journée sans repas (de 13h30 à 18h30 au plus tard)

La responsabilité de l'association commence à partir du moment où l'enfant est pris en charge par un animateur et s'arrête à l'arrivée d'un responsable légal ou son représentant, dans le cadre des heures d'ouverture.

Déroulement de l'accueil de mon enfant

Les enfants sont cherchés **à la fin du temps scolaire à 11h30** : dans les écoles élémentaires de la **Musau**, de **Marienthal** (déplacement en autocar) et des **Roses** (déplacement en bus Ritmo).

Le **déjeuner** est pris dans les locaux de la restauration scolaire.

Un **temps calme** est proposé aux enfants afin qu'ils fassent leurs devoirs ou se reposent.

A partir de 14h, les animateurs proposent des **activités** bricolage, jeu ou sortie.

Après un **temps de jeux libres**, les enfants prennent le **goûter** fourni par l'Accueil de Loisirs puis un **temps de jeux libres** est à nouveau proposé jusqu'à l'arrivée des parents.

*Une participation financière supplémentaire est demandée lors des **sorties**.*

Sanitaire et hygiène

Les **allergies** sont à signaler sur la fiche sanitaire jointe au dossier d'inscription et le **régime alimentaire** de votre enfant lors des inscriptions mensuelles.

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance du médecin.

En remplissant la **fiche sanitaire**, vous autorisez le responsable de l'accueil à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Si le directeur constate que l'état de santé d'un enfant n'est pas compatible avec le suivi d'activités sur une journée, il sera en mesure de ne pas accueillir celui-ci.

Départ de mon enfant de l'accueil

Si un enfant doit **quitter seul l'accueil**, le responsable légal doit en donner l'autorisation écrite. Une tierce personne pourra chercher l'enfant sous les mêmes conditions et sur présentation d'une pièce d'identité.

Après l'heure de fermeture de la structure, un **supplément de 6,00 euros** sera facturé **par enfant** et **par quart d'heure entamé**.

En cas de **non-présentation des parents** pour reprendre l'enfant à l'heure de la fermeture de l'accueil, les parents puis les personnes désignées sur la fiche d'inscription seront contactées. Si l'équipe d'animation n'arrive pas à joindre ces personnes ou n'a pas de nouvelles de la famille, la direction sera dans l'obligation d'alerter le commissariat de police ou la gendarmerie du secteur qui prendra l'enfant en charge.

Mesures exceptionnelles

Si un enfant adopte une attitude, un **comportement compromettant le bon déroulement de l'accueil**, le directeur en informera l'association qui prendra les mesures nécessaires (entretien avec les parents, mise en place d'une période d'adaptation, suspension temporaire ou définitive de l'accueil).

Je souhaite inscrire mon enfant à l'ALSH

Avant le 1^{er} jour d'accueil de mon enfant, je remplis un dossier d'inscription annuel ¹ et le complète avec les documents suivants :

- Les photocopies du carnet de vaccinations et de l'assurance scolaire
- L'attestation du quotient familial établi par la CAF

Chaque fin du mois, j'informe la direction de l'ALSH des dates de présences souhaitées via un formulaire en ligne ou à imprimer ¹ qui confirmera l'inscription dans les jours suivants.

<http://www.afl67.com/musau-haguenau>

¹ documents disponibles sur internet ou dans l'ALSH aux heures d'ouverture

Je paye les jours des présences effectives de mon enfant

Les factures sont établies mensuellement dans les jours qui suivent la fin de la période d'ouverture et sont à régler avant le milieu du mois suivant la période facturée. En cas de retard de paiement, l'accueil de Loisirs se réserve le droit de refuser l'enfant en attente du règlement.

Paiement possible :

- par chèque ou CESU
- par virement : mention ALSH - mois de la facture - nom de l'enfant
- en espèces : au siège de l'association en faisant l'appoint

merci de différencier les paiements si votre enfant fréquente plusieurs accueils

Je souhaite modifier - annuler l'inscription de mon enfant

L'annulation du repas est possible le lundi avant 11h.

Tout changement dans l'inscription initiale est à informer par écrit, par mail toupidecs.musau.afl67@gmail.com ou sms 06.95.50.74.05

Demi journée non facturée sur présentation d'un certificat médical uniquement

Tarifs 2017/2018

Les tarifs sont donnés à titre indicatif et peuvent être modifiés en cours d'année.

	Demi journée	Suppléments et remises
T1	250€ et –	6,50 €
T2	251 à 400€	7,00 €
T3	401 à 560€	7,50 €
T4	561 à 800€	8,00 €
T5	801 à 998€	9,00 €
T6	999 à 1280€	9,50 €
T7	1281€ à 1480€	10,00 €
T8	1481 € et +	11,00 €

Repas : 4,00 €

Sorties :
sur Haguenau: 3€
Hors Haguenau : 5€ par enfant

Facturé à la fin de la session d'ouverture

Remise fratrie (par enfant):
0,75 € par ½ journée
1 € par journée

Crédit Mutuel

Relevé d'identité bancaire-IBAN

CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67
Tél 08-20-00-36-36
9 RUE JEAN MONNET
67201 ECKBOLSHEIM
Identifiant national de compte bancaire - RIB

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements, etc...)
This statement is intended to be delivered, to those of your creditors or debtors who have transactions posted to account (credit, transfers, payments, etc....)

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
10278	01900	00026857345	31	CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account number)	BIC (Bank Identification Code)
FR76 1027 8019 0000 0268 5734 531	CMCIFR2A

TITULAIRE DU COMPTE
ACCOUNT OWNER

CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ASSOCIATIONS FAMILIALES LAIQUES DU B R

27 RUE LAVOISIER

67200 STRASBOURG

Françoise NEHASIL, Présidente de l'association

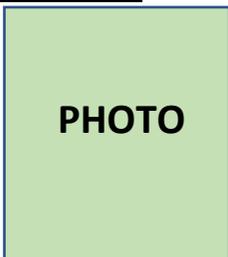


ALSH TOUPIDECS FARCEURS MUSAU HAGUENAU - ANNEE SCOLAIRE 2017/2018



Fiche d'inscription annuelle à fournir avant le premier jour d'accueil, accompagné des documents indiqués dans le règlement

L'enfant Nom et Prénom _____



Date de Naissance ____/____/____

Ecole Fréquentée et Niveau _____

Régime alimentaire Standard Sans porc Autre

En situation de handicap oui (voir fiche sanitaire) non

Responsable légal de l'enfant : les 2 parents la mère*

(* veuillez fournir les justificatifs)

le père* autre*

Numéro allocataire CAF _____

Compagnie d'Assurance _____ N° Police _____

Sécurité sociale Général MSA Conseil de l'Europe Transfrontalier

La mère Nom et Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphones Domicile _____ Portable _____

Professionnel _____

Adresse mail _____

J'autorise mon enfant à :

- participer à toutes les activités proposées (sorties incluses) oui non

- rentrer seul oui à 18h30 ou à partir de ____h____ non

- être cherché par les tiers personnes suivantes :

_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____

Le père Nom et Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphones Domicile _____ Portable _____

Professionnel _____

Adresse mail _____

Les autorisations ci-dessus prennent effet à la date de la signature et déchargent l'association et son équipe de toutes responsabilités

Aucune inscription ne sera prise en compte sans le dossier annuel complet et une inscription mensuelle préalablement confirmée ainsi que les factures du trimestre précédent acquittées

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance du règlement de l'accueil et m'engage à effectuer les inscriptions mensuelles et à payer le service rendu, selon les modalités et les délais énoncés.

A _____, le ____/____/____ Signature :

Moyen de communication

Factures et Reçus par mail **ou** par courrier

à la mère **ou** au père

Formulaire d'inscriptions mensuelles en ligne **ou** à imprimer

CADRE RESERVE A L'AFL : déposé le ____/____/____, à ____ h ____

Fiche inscription Fiche sanitaire Droit à l'image : prise diff

Assurance _____ Vaccins QF : _____ **Cotisation** chèq esp CIG



ALSH TOUPIDECS FARCEURS HAGUENAU - ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

Autorisation de Publication de l'image de mon/mes enfants



Je soussigné(e) _____, père, mère, tuteur légal ,

de ou des enfants _____

Cette utilisation ne concerne que la durée de vie des présentations précisées.

Les films ou photographies ne seront ni communiqués à des personnes extérieures à l'association, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti.

Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait pour les documents publiés si vous le jugez utile.

*Merci de **signer** pour chacune des lignes ci-dessous dans la colonne « J'autorise » ou « Je n'autorise pas ».*

La prise de vue	J'autorise	Je n'autorise pas
Mon enfant peut être photographié ou filmé dans le cadre des activités menées par les Toupidecs Farceurs organisé par le Conseil Départemental des Associations Familiales Laïques du Bas Rhin.		
La diffusion et la publication : Les prises de vues seront utilisées	J'autorise	Je n'autorise pas
<u>dans l'enceinte</u> des Toupidecs (affichage, projection d'un diaporama)		
dans le cadre d'une <u>diffusion aux autres parents</u> de l'accueil via un <u>accès restreint</u>		
dans le cadre <u>des différents supports de communications et d'informations</u> existants tels que <u>la presse et le site www.afl67.com</u> .		



Fiche Sanitaire

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et nous donne accès aux informations médicales nécessaires en cas de besoins.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT polio		
Ou Tétracoq		
MALADIES INFANTILES	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Otite		
Scarlatine		
Oreillons		
Rougeole		
Angine		

ANTECEDENTS MEDICAUX (rayer les mentions inutiles)	DATES	PRECAUTIONS A PRENDRE
Maladies Accidents Crises convulsives Hospitalisation Opérations		
TRAITEMENT MEDICAL	Informations sur le traitement (posologie, ...)	
L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
MON ENFANT EST EN SITUATION DE HANDICAP		
Dénomination du handicap		
Informations importantes à transmettre à l'équipe		

Documents joints : PAI GEVA-Sco Compte rendus Réunions Educatives Autre :

*N'hésitez pas à nous convier aux **réunions d'équipes éducatives**. Si celles-ci ont déjà eu lieu, vous pouvez nous transmettre les comptes rendus ainsi que le document GEVA-Sco si l'enfant en possède un. Un entretien avec le directeur de l'accueil et notre coordinatrice chargée du suivi des enfants en situation de handicap sera programmé en début d'année afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions*

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance du médecin. Les médicaments fournis devront être marqués au nom de l'enfant, dans leur emballage d'origine avec la notice. En cas de traitement particulier, un **protocole d'accueil individualisé** sera mis en place avec les parents, animateurs et médecin..





Je soussigné _____

responsable légal de l'enfant _____

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Date :

Signature :



Associations Familiales Laiques

Agréé par l'UNAF

Conseil
National des
Associations
Familiales
Laiques

CARTE D'ADHESION ANNEE 2017

Nom et Prénom du Parent :

.....

Adresse :

.....

Cachet de l'association :

AFL TOUPIDECS HAGUENAU - MUSAU 2017

Nom et Prénom du parent :

Adresse :

Code Postal : Téléphone :

Marié(e) Concubin(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Nom et prénom du conjoint :

Nombre d'enfants dans la famille : mineurs et majeurs

Prénoms des enfants	Date de naissance	En situation de handicap
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nombre d'enfants morts pour la France :

<input type="checkbox"/> Cotisation (obligatoire)	15€
<input type="checkbox"/> Abt Familiales Laiques (facultatif)	4€
Total

Signature :