



CDAFAL67
27 RUE LAVOISIER
67200 STRASBOURG
Site : www.afl67.com Tél : 0388290649



INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2018-2019

ECOLE ELEMENTAIRE ROSES

Ensemble des pièces à remettre obligatoirement :

- La **fiche d'inscription** ci-jointe dûment complétée et signée.
- La **fiche sanitaire de liaison** ci-jointe dûment complétée et signée.
- L'autorisation de **droit à l'image** ci-jointe.
- La photocopie de **l'attestation d'assurance extrascolaire** (responsabilité civile et accident individuel) de(s) enfant(s).
- La photocopie du **quotient familial** établi par la CAF.
ou photocopie du **dernier avis d'imposition** (des 2 avis si vous vivez maritalement).
- La photocopie du **carnet de vaccination** de votre/vos enfants.



ECOLE
ROSES

FICHE D'INSCRIPTION 2018-2019

Cadre réservé à l'association :
Déposé complet le :/...../..... àh.....
 F. insc. - F.san – D.im. - Assu - Vac. -Cot.-QF.....-T.....

INFORMATIONS GENERALES

NOM – Prénom de l'enfant :
Né(e) le :/...../..... **Classe 2018-2019 :** CP CE1 CE2 CM1 CM2 Autre :
Mon enfant est en situation de handicap **Mon enfant suit un traitement médical (PAI)**
 Non Oui (voir fiche sanitaire) Non Oui (voir fiche sanitaire)
Le domicile de l'enfant est celui de : Des 2 parents De la mère Du père Autre :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Les 2 parents Autre : (Joindre les justificatifs)

	MÈRE	PÈRE
NOM - Prénom		
Adresse		
CP - Ville		
Profession		
Téléphone pers./...../...../...../...../...../...../...../.....
Téléphone pro./...../...../...../...../...../...../...../.....
Mail		

Numéro d'allocataire CAF : **Assurance (compagnie et N° de police) :**
Régime de sécurité sociale : Local ou Général MSA Transfrontalier Conseil de l'Europe

PRESENCES DE L'ENFANT : Nombre de matins : Nombre de soirs :

Mon enfant viendra à partir du/...../..... **les jours suivants (merci de compléter le tableau : obligatoire)**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
SOIR					

TOUTE MODIFICATION DU PLANNING DOIT SE FAIRE AUPRES DU DIRECTEUR DU CIGALE, SELON LES MODALITES PRECISEES DANS LE REGLEMENT INTERIEUR (point 3.1).

J'autorise la prise et la diffusion d'images et/ou œuvres filmées de mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'association (dans tous les cas, compléter l'autorisation de publication de l'image jointe).

DEPART DE L'ENFANT : J'autorise mon enfant à rentrer seul : Non Oui, àh..... (préciser l'heure)

J'autorises les personnes suivantes à récupérer mon enfant (voir point 2.2 du règlement intérieur – possibilité de joindre une liste complémentaire) :

NOM – Prénom	ADRESSE – CP - VILLE	TELEPHONE
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....

Je soussigné(e)..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du CIGALE à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'intervention et de transport rendues nécessaires par l'état de l'enfant après avoir été prévenu(e)
- Accepte de recevoir des informations par mail de la part de l'association : oui non
- M'engage à venir chercher mon enfant au plus tard à 18h30.
- M'engage à payer le service rendu selon les modalités énoncées
- Déclare avoir lu et être en accord avec le règlement intérieur.

Ces autorisations prennent effet à la date de la signature et déchargent l'AFL et son équipe de toutes responsabilités

A Le/...../..... **Signature du responsable légal :**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

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 de l'enfant :

Né(e) le :/...../.....

NOM du médecin traitant : Dr

Téléphone :/...../.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Mon enfant est vacciné contre les maladies suivantes (cocher les cases) :

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

OU DT Polio

OU Tétracoq

MALADIES INFANTILES

Rubéole : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Otite ; Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Angine : Oui Non

ANTECEDENTS MEDICAUX

	Dates	Précautions à prendre
Maladies		
Accidents		
Crises convulsives		
Hospitalisations, Opérations		

ALLERGIES ET MALADIES CHRONIQUES

	Préciser	Précautions à prendre (en cas de PAI, le transmettre avec la trousse associée)
Allergies alimentaires		
Allergies médicamenteuses		
Asthme		
Autre		

TRAITEMENT MEDICAL REGULIER (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.*

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

*N'hésitez pas à nous convier aux **réunions d'équipes éducatives** et/ou à nous remettre un compte rendu. Si un **document GEVA-Sco** a été réalisé, merci de le **joindre au dossier**. 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.*

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise le responsable de l'ACM à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Date :/...../.....

Signature :



AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur, légal de l'enfant

Autorise :

- **Oui** **Non** : **La prise de photographies et la réalisation d'œuvres filmées** (captation, fixation, enregistrement, numérisation) **dans le cadre des activités menées** par le Conseil Départemental des Associations Familiales Laiques du Bas Rhin.

La **diffusion et la publication** des photographies et des films réalisés représentant mon enfant dans les cadres suivants :

- **Oui** **Non** : Dans le cadre des différents supports de communications et d'informations existants tels que la presse et le site internet du gestionnaire.
- **Oui** **Non** : dans l'enceinte de l'accueil (affichage, projection d'un diaporama...).
- **Oui** **Non** : dans le cadre d'une diffusion aux autres parents de l'accueil via un accès restreint (mail, drive, cloud...).

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou/et support numérique).

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

Les films ou photographies ne seront ni communiqués à d'autres personnes, 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.

Fait à le...../...../20.....

Signature :