

Dossier d'inscription périscolaire et extra-scolaire *Roderen, Leimbach, Rammersmatt, Bourbach-le-Bas* Année 2020-2021

INFORMATIONS A RETENIR

Suite à la situation sanitaire, l'inscription au périscolaire se fera uniquement de manière dématérialisée.

Inscription du 15/06/2020 au 04/07/20

Retour par e-mail, courrier postal ou dépôt à l'accueil durant les horaires d'ouverture.

SEUL LES DOSSIERS COMPLETS SERONT TRAITES

Le dépôt du dossier ne vaut pas d'inscription. Dans la situation actuelle, nous ne pouvons garantir les places.

Une réponse vous sera apportée après traitement.

Au vu de la situation sanitaire les critères de validation des inscriptions suivants seront systématiquement appliqués :

- Les familles à jour de règlement et dont les dossiers sont complets.
- Les familles dont les 2 parents travaillent (une attestation employeurs devra être fournie) sans possibilité de télétravail
- Les familles monoparentales
- Les habitants de Thann et des communes de l'accueil mutualisé de Leimbach/Rammersmatt/Roderen/Bourbach
- Les enfants faisant l'objet de prises en charge spécifiques (ULISS,...)

La fréquentation de l'ensemble des prestations périscolaire et extrascolaire n'est possible qu'après réservation.

Toute nouvelle inscription demande un délais de traitement d'une semaine. Pour toute demande de réservation effectuée après les délais impartis, les enfants seront placés sur liste d'attente.

La facturation du périscolaire se fait sur la base d'un forfait mensuel. Le forfait mensuel est calculé en fonction des jours d'ouverture scolaires et lissé sur 10 mois de fonctionnement du périscolaire.

Pour les personnes ayant des plannings particuliers, vous pouvez d'ores et déjà réserver votre forfait et modifier les jours de présences ultérieurement. Les plannings doivent être transmis avant le 20 du mois précédent.

Afin d'assurer le bon fonctionnement des services il est demandé aux parents de prévenir le plus tôt possible de l'absence d'un de leur enfant, soit par téléphone au **03.89.35.71.20** dès 7h30, soit par mail : **acl@cscpaysdethann.fr**

Pendant les vacances scolaires, un Accueil de Loisirs est proposé pour les enfants âgés de 3 à 11 ans, dans les locaux du périscolaire au CSC. Cet accueil ne remplace pas le périscolaire et fait l'objet d'une facture séparée qui ne se substitue pas au règlement mensuel du périscolaire.

CONTACT

Pour tout renseignement relatif au périscolaire, à l'accueil de loisirs vacances (inscriptions, absences, etc. ...) veuillez contacter exclusivement :

Anthony BRICE :

Email : acl@cscpaysdethann.fr | Tél. : 03.89.35.71.20.

DOCUMENTS A FOURNIR

- Dossier d'inscription dûment complété
- Attestation d'assurance Scolaire / Responsabilité Civile
- Attestation Quotient familial CAF
- Informations médicales - Carnet de santé de l'enfant
- Autorisation de prélèvement
+ Relevé d'identité bancaire (pour la mise en place du prélèvement automatique)



FICHE FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère Tuteur

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse électronique :@.....

Employeur :

Téléphone employeur :

Situation familiale : Célibataire Marié(e)(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Tuteur

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse électronique :@.....

Employeur :

Téléphone employeur :

Situation familiale : Célibataire Marié(e)(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Régime

Situation financière

Nom Allocataire : Nb enfants à charge : Nb enfants total :

Régime Allocataire : Numéro Allocataire :

CAF MSA SNCF

Quotient familial :

Autres :

Remarques Eventuelles :



ENFANT 1

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole en septembre 2020 : Classe en septembre 2020 :

Nom de l'instituteur :

Type de repas : Avec Viande Sans Viande

FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé **OU** les certificats de vaccinations de l'enfant.

Renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant porteur de handicap : Oui Non

Si Oui de quel type :

Allergies connues

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

A préciser :

* Si votre enfant souffre d'une allergie, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable

Traitement médical et difficultés de santé

Autre remarques pouvant faciliter la prise en charge



ENFANT 2

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole en septembre 2020 : Classe en septembre 2020 :

Nom de l'instituteur :

Type de repas : Avec Viande Sans Viande

FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé **OU** les certificats de vaccinations de l'enfant.

Renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant porteur de handicap : Oui Non

Si Oui de quel type :

Allergies connues

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

A préciser :

* Si votre enfant souffre d'une allergie, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable

Traitement médical et difficultés de santé

Autre remarques pouvant faciliter la prise en charge



ENFANT 3

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole en septembre 2020 : Classe en septembre 2020 :

Nom de l'instituteur :

Type de repas : Avec Viande Sans Viande

FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé **OU** les certificats de vaccinations de l'enfant.

Renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant porteur de handicap : Oui Non

Si Oui de quel type :

Allergies connues

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

A préciser :

* Si votre enfant souffre d'une allergie, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable

Traitement médical et difficultés de santé

Autre remarques pouvant faciliter la prise en charge



ENFANT 4

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole en septembre 2020 : Classe en septembre 2020 :

Nom de l'instituteur :

Type de repas : Avec Viande Sans Viande

FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé **OU** les certificats de vaccinations de l'enfant.

Renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant porteur de handicap : Oui Non

Si Oui de quel type :

Allergies connues

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

A préciser :

* Si votre enfant souffre d'une allergie, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable

Traitement médical et difficultés de santé

Autre remarques pouvant faciliter la prise en charge

Toute réinscription sera effectuée sous réserve d'être à jour de règlement

TEMPS D'ACCUEIL

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

**Le mercredi fera l'objet d'une inscription et facturation à part.
Inscription à partir du 24/08/20 par mail : acl@cscpaysdethann.fr**

Annexes au règlement intérieur des accueils enfance

AUTORISATION PARENTALE POUR TIERCES PERSONNES

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant et un numéro de téléphone. En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer l'enfant.

Dans tous les cas, **les personnes autorisées devront être en mesure de présenter une pièce d'identité** lorsqu'elles viendront chercher l'enfant. Lorsque cela est possible, une présentation au personnel d'encadrement est souhaitable.

Je (nous) soussigné(s),

domicilié

agissant en qualité de père, mère, responsable légal (*entourez la réponse de votre choix*),

de(s) l'enfant(s) :

autorise(ont) les personnes indiquées ci-dessous à assurer la sortie des accueils péri ou extra scolaires et décharge(nt) l'association de toute responsabilité.

Nom des personnes autorisées	Lien avec l'enfant (grand-mère, voisin, oncle, ...)	Téléphone

Fait pour valoir ce que de droit,

Signature des parents ou des responsables légaux

AUTORISATION DE SORTIES

Dans le cadre de nos accueils péri et extra scolaires, nous organisons régulièrement des sorties dans l'environnement de proximité de nos structures (médiathèque, environnement naturel, autre...) et dont l'encadrement est assuré par l'équipe pédagogique. Ces sorties se font à pied ou en minibus adapté, qui nous permettent de véhiculer les enfants dans le respect des réglementations en vigueur (rehausseurs, sièges enfants).

Je (nous) soussigné(s)

autorise(ont) mon (mes) enfant(s)

à participer aux sorties organisées dans le cadre du projet d'accueil de la structure.

Nb : En sortie à l'extérieur, les taux d'encadrements se font dans le respect des législations en vigueur (DDJS).

Fait pour valoir ce que de droit,

Signature des parents ou des responsables légaux

AUTORISATION DE SOINS ET D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

En cas de besoin, le personnel d'encadrement peut être amené à donner des soins à votre enfant :

- Coups et bosses : application d'un bloc de glace médical (avec protection)

- Plaies superficielles : antiseptique simple (incolore et sans alcool)

Vous serez bien évidemment informé des soins reçus par votre enfant au cours de la journée d'accueil (soit immédiatement par téléphone ou en venant reprendre votre enfant selon l'évaluation que nous aurons faite de la gravité de sa blessure).

Aucun médicament ne pourra être administré à un mineur sans prescription médicale. Lorsqu'un mineur suit un traitement, son responsable légal doit fournir l'ordonnance du médecin avec les médicaments qui doivent être marqués au nom de l'enfant. Cette ordonnance devra impérativement être accompagnée d'un courrier signé du(des) responsables légal(ux), mentionnant le nom du médicament à administrer, les instructions relatives à l'administration du médicament, la durée précise d'administration, l'autorisation d'administration au personnel pédagogique, et daté. A défaut d'une partie de ces éléments, le traitement ne sera pas administré.

Pour les enfants nécessitant un suivi personnalisé, la signature d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est indispensable pour l'administration de traitements ou protocoles médicaux. Il est rédigé en concertation avec le médecin de l'enfant qui veille au respect du secret médical, l'infirmière du CSC et le(les) responsables de l'équipe pédagogique.

Je (nous) soussigné(s).....

déclare(nt) être en accord avec les protocoles de soins cités ci-dessus.

Fait pour valoir ce que de droit,

Signature des parents ou des responsables légaux



AUTORISATION DE PRATIQUER DES SOINS D'URGENCE

En cas d'urgence et/ou si je n'ai pas pu être joint, je (nous) soussigné(s)

.....
responsable(s) légal de(s) l'enfant(s).....
joignable(s) aux numéro(s) suivant(s)

autorise(ons) le transport de mon(mes) enfant(s) par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté et toute intervention chirurgicale et /ou anesthésie qui serait rendue nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide dont mon enfant serait victime.

Fait pour valoir ce que de droit,
Signature des parents ou des responsables légaux

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e)

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils enfance et m'y conformer
- déclare avoir pris connaissance et complété les annexes d'autorisations parentales : de sortie, de droit à l'image et utilisations de photos par la structure, de soins et d'administration de médicaments, de pratiquer des soins d'urgence

Fait pour valoir ce que de droit,
Signature des parents ou des responsables légaux avec la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION D'ENVOI DE FACTURE DEMATERIALISEE

Vous avez la possibilité de recevoir vos factures périscolaire et accueil de loisirs par mail.
Merci de cocher la case correspondante :

- Oui** j'accepte de recevoir mes factures par mail, dans ce cas merci d'indiquer votre adresse mail :

.....@.....

- Non** je ne n'accepte pas de recevoir mes factures par mail
En cas de refus, vous recevrez vos factures au format papier par envoi postal.

Fait pour valoir ce que de droit,
Signature des parents ou des responsables légaux

Fait à le

AUTORISATION DROIT D'EXPLOITATION A L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

Nous soussignons :

Madame : (NOM, Prénom) :

Demeurant :

Monsieur : (NOM, Prénom) :

Demeurant :

Investis de l'autorité parentale sur le / la mineur(e) :

Autorise à titre gracieux, le Centre Socio Culturel du Pays de Thann dont le siège est situé au 13 rue Robert Schuman 68800 THANN, représenté par sa Présidente, Madame Denise LAFON, à photographier notre enfant et à utiliser son image. En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, nous autorisons le Centre Socio Culturel du Pays de Thann à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies effectuées.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées dans le cadre des actions d'information et de communication du Centre Socio Culturel du Pays de Thann et dans le cadre de ses activités, auprès des différents publics, directement par le Centre Socio Culturel du Pays de Thann ou être cédé(e)s à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans aucune limitation, pour une durée de 10 ans, intégralement et par extraits, et notamment :

- **lors de projections publiques,**
- **dans des expositions,**
- **par télédiffusion, par tous réseaux de transmission (en analogique ou numérique par voie hertzienne, par câble ou satellite)**
- **par tous réseaux de communication électronique, tels qu'Internet,**
- **dans des publications papier**
- **sur CD-Rom, DVD, Blu-Ray, clé USB,**
- **et plus généralement par tous moyens existants ou à venir.**

Le Centre Socio Culturel du Pays de Thann s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de notre enfant.

Nous garantissons que notre enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

N'autorise pas à utiliser l'image de mon enfant.

Fait à, le en deux exemplaires.
Signature des personnes exerçant l'autorité parentale