



**INSCRIPTION PÉRI et EXTRA-SCOLAIRE
THANN
ANNÉE 2019 - 2020**

Madame, Monsieur.....

Téléphone :..... Portable 1 :.....

Mail :..... Portable 2 :.....

Responsable légal de :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole en septembre 2019 : Classe en septembre 2019 :

Type de repas : Avec Viande Sans Viande

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

Inscrit mon enfant à (aux) l'accueil(s) suivant(s) :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Matin				
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

A titre indicatif, le paiement du périscolaire se fait par prélèvement mensuel automatique sur la base d'un forfait mensuel. Un règlement de fonctionnement périscolaire est disponible sur notre site internet www.cscpaysdethann.fr. Vous pouvez également le demander à l'accueil.

Les forfaits sont engagés pour l'année, il n'est pas possible de changer ou résilier le forfait, sauf cas particulier, voir règlement intérieur. Pour les personnes ayant des plannings particuliers, vous pouvez d'ores et déjà réserver votre forfait et modifier vos jours de présences ultérieurement.

**Le mercredi fera l'objet d'une inscription et facturation à part.
Inscription à partir du 19/08/19 par mail : acl@cscpaysdethann.fr**

Toute inscription vaut pour acceptation du règlement intérieur en vigueur remis lors de l'inscription.

Fait à Thann, le.....

Signature :

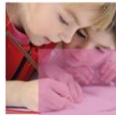


FICHE FAMILLE

NOM	Prénom
<hr/>	
Adresse :	Téléphone :
	Portable :
	Email :
Employeur :	
Tel Employeur :	
Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	

Généralités		
<hr/>		
<u>Régime</u>	<u>Situation financière</u>	
Nom Allocataire :	Nb enfants à charge :	Nb enfants total :
Régime Allocataire :	Numéro Allocataire :	
<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> SNCF	Quotient familial :	
<input type="checkbox"/> Autres :		

Remarques Eventuelles
<hr/>



AUTRE ADULTE DU FOYER

Parent 2 ou autre

Civilité :

Nom :

Prénom :

Téléphone portable :

Profession :

Employeur :

Téléphone pro :

Poste :

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

Lien de parenté :

Remarque :



FICHE MEDICALE

Renseignements médicaux	
Médecin traitant	Informations nécessaires à la prise en charge
Nom/Prénom :	Enfant porteur de handicap : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse :	Si oui de quel type :
Tel :	

Allergies connues
<input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuse
A préciser :
<small>* Si votre enfant souffre d'une allergie, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable</small>

Traitement médical et difficultés de santé

Autre remarques pouvant faciliter la prise en charge

VACCINS (obligatoires sauf dérogation)

Vaccin	Dernier rappel	Commentaire
NGERIX		
INFANRIX HEXA		
INFANRIX QUINTA		
MENINGITEC		
NEISVAC		
PENTAVAC		
PREVENAR		
PRIORIX		
Autres:		



ANNEXES AU REGLEMENT INTERIEUR des ACCUEILS ENFANCE

Autorisation parentale, des tierces personnes autorisées à assurer la sortie de mon (mes) enfant(s) en dehors de la présence du (des) responsable(s) légaux pour nos accueils Périscolaires, Extrascolaires. 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) :

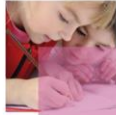
.....
autorise(ont) les personnes indiquées ci-dessous à assurer la sortie des accueils péri ou extra scolaires et
décharge(nt) l'association de toute responsabilité.

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**



CENTRE SOCIO CULTUREL DU PAYS DE THANN



ÉCHANGER S'EXPRIMER ACCOMPAGNER SE FORMER
PARTAGER S'ÉPANOUIR PARTICIPER DÉCOUVRIR

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 médicaments

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**



CENTRE SOCIO CULTUREL DU PAYS DE THANN



ÉCHANGER S'EXPRIMER ACCOMPAGNER SE FORMER
PARTAGER S'ÉPANOUIR PARTICIPER DÉCOUVRIR

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**

Règlement intérieur

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 »**

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