

Accueil de Loisirs Sans Hébergements.  
Accueil périscolaire.  
Arc-en-ciel

Groupe scolaire  
67550 ECKWERSHEIM  
☎ : 03.69.73.86.02  
☎ : 07.86.80.27.26  
E-Mail : [arcenciel@ecole-eckwersheim.fr](mailto:arcenciel@ecole-eckwersheim.fr)

**Dossier d'inscription pour l'année scolaire 2020/2021.**

• **Civilité de l'enfant :**

NOM et PRENOM de L'ENFANT : \_\_\_\_\_ Classe à la rentrée 2020 : \_\_\_\_\_  
DATE et LIEU de naissance : \_\_\_\_\_ SEXE : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Le domicile indiqué est celui : des deux parents  de la mère  du père

• **Civilité des parents :**

① NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_ ①PORT : \_\_\_\_\_  
DATE et LIEU de naissance : \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_  
VILLE EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_ ☎ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_  
② NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_ ②PORT : \_\_\_\_\_  
DATE et LIEU de naissance : \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_  
VILLE EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_ ☎ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_  
SITUATION MATRIMONIALE : Mariés  PACS  Union libre   
Célibataire  Divorcé(e)  Veuf (ve)   
Responsable légal de l'enfant : Les deux parents  la mère   
le père  autre : \_\_\_\_\_

• **Pièce à joindre au dossier :**

↪ Certificat d'assurance extra-scolaire  
↪ Fiche sanitaire de liaison  
↪ Fiche d'imposition 2020



• **Sécurité sociale :**

PERE	MERE
REGIME :	REGIME :
N° IMMATRICULATION :	N° IMMATRICULATION :
N° ALLOCATAIRE C.A.F. :	

• **Médecin traitant :**

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident ou de maladie :

Dr \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 ☎ : \_\_\_\_\_

• **Informations complémentaires :**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon/mes enfant(s) :

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher l'enfant. Ces personnes devront être majeures et présenter une carte d'identité.			
Nom et prénom	Liens de parenté	Adresse	☎

Cochez :

- J'autorise le transport de mon/mes enfant(s) par l'Arc-en-ciel.
- Mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport
- J'autorise l'hospitalisation en cas d'urgence
- J'autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul.
- Mon enfant porte un appareil dentaire
- Mon enfant porte des lunettes
- Mon enfant porte un appareil auditif

**REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :** \_\_\_\_\_



• **Période d'inscription pour le périscolaire :**

Les formules proposées sont les suivantes (cocher les cases correspondantes) :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Midi & repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16h00 à 18h15 & Goûter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier cartable	OUI <input type="checkbox"/>	NON	OUI <input type="checkbox"/>	NON
Activités	LIBRE	Expression corporelle <input type="checkbox"/>	LIBRE	Jeux collectifs <input type="checkbox"/>

Les inscriptions se faisant en fonction des places disponibles, toute réservation sera due si elle n'est pas décommandée 48h avant au plus tard.

Le mercredi :

Matin (à partir de 08h00)	Repas	Après-midi (jusqu'à 18h15)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCASIONNELLEMENT		
<input type="checkbox"/>		

• **Inscription pour l'A.L.S.H. pendant les vacances scolaires :**

Il s'agira d'inscrire votre/vos enfant(s) au plus tard une semaine avant le début des vacances.

Les inscriptions se faisant en fonction des places disponibles, toute réservation sera due si elle n'est pas décommandée la semaine précédente.



- **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon/mes enfant(s) \_\_\_\_\_ à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs et l'accueil périscolaire.

Je certifie également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Arc-en-ciel qui m'a été remis lors de l'inscription.

J'autorise le personnel de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures pour soigner mon/mes enfant(s) et pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature des parents :**  
(Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

**Renseignements** : SCHMITT Alexandre                      03.69.73.86.02 ou **07.86.80.27.26**

Mairie d'Eckwersheim                      03.88.69.41.60

[arcenciel@ecole-eckwersheim.fr](mailto:arcenciel@ecole-eckwersheim.fr)





# Autorisation d'utilisation de photographies et de productions des enfants, réalisées dans le cadre de la vie de l'accueil de loisirs.

**Madame, Monsieur,**

Votre enfant participe activement à la vie de l'accueil « Arc-en-ciel ».

Pour ce faire et afin de pouvoir communiquer de façon plus directe avec les parents, l'Arc-en-ciel a créé sa page Facebook qui pourra comprendre notamment :

- des articles concernant la vie de l'accueil ;
- des productions (dessins, photographies, textes, images multimédias, sons, etc.).

Un article peut être illustré de photographies montrant les enfants seuls ou en groupes. Nous vous prions de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous autorisant l'utilisation des photographies du mineur que vous représentez, réalisées durant la présente année scolaire, ainsi que les productions éventuellement réalisées par ce mineur, selon les modes d'exploitation indiqués dans la présente autorisation.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Le directeur de l'Arc-en-ciel.

## 1 Désignation du projet

Projet pédagogique concerné : Autonomie à travers l'utilisation d'un réseau social afin de communiquer avec la famille et de valoriser les projets ou activités réalisés par les enfants.

Nom et adresse de l'établissement :

Accueil Périscolaire, Accueil de Loisirs Sans Hébergement  
« Arc-en-ciel » Groupe scolaire, rue Albert Schweitzer  
67550 ECKWERSHEIM

Mode d'exploitation envisagé des images et productions :

Support	Durée	Étendue de la diffusion	Prix
<input checked="" type="checkbox"/> En ligne	Année scolaire 2020/2021	<input checked="" type="checkbox"/> Internet (monde entier) <u>Site</u> : Facebook <u>Page</u> : Accueil de Loisirs Arc-en-ciel	Gratuit

## 2 Consentement de l'enfant

On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.

On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir les photos où l'on me voit et mes productions.

Je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet  mon image  mes productions.

Nom de l'enfant : .....	Date et signature de l'enfant mineur concerné par l'enregistrement :
Prénom : .....	



### 3 Autorisation parentale

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Vu le consentement préalablement exprimé par la personne mineure ci-avant,

La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support et la publication de l'image et des productions de votre enfant mineur dont l'identité est indiquée au paragraphe 2, ci-avant, dans le cadre du projet désigné au paragraphe 1 et pour les modes d'exploitation prévus au paragraphe 1.

Cette fixation et diffusion de l'image et des productions du mineur que vous représentez sera réalisée sous l'autorité de son établissement, désigné au paragraphe 1.

L'établissement exercera les droits de diffusion acquis par le présent document et attachés à l'image et aux productions du mineur. L'établissement s'interdit expressément de céder les droits à un tiers. Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'image et/ou des productions du mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou sa vie privée, ainsi qu'à toute autre exploitation qui lui serait préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Dans le contexte pédagogique défini, la diffusion de l'image et des travaux du mineur ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

**Je soussigné(e) (prénom, nom).....**

**déclare être le représentant légal du mineur (prénom, nom).....**

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image, voire de son nom.

**Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et de ses productions, dans le cadre exclusif du projet exposé et tel qu'il y a consenti au paragraphe 2 :  OUI  NON**

**Si le travail de mon enfant est utilisé, je souhaite que soit indiqué :**

- prénom seul       prénom + initiale du nom       juste ses initiales
- aucune précision sur son identité

(Merci de cocher la réponse choisie – à défaut de case cochée, aucune précision ne sera indiquée.)

L'Arc-en-ciel étant amené à afficher des photos dans la structure, il convient de recueillir expressément le consentement du représentant légal ou son opposition, par le biais du formulaire ci-dessous :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ père / mère de l'enfant \_\_\_\_\_

J'autorise le droit à l'image de mon/mes enfant(s)

**OU**

Je refuse le droit à l'image de mon/mes enfant(s)

Cette autorisation, valable du 01/09/2020 au 31/07/2021, est révoquable à tout moment par lettre écrite adressée au directeur de l'Arc-en-ciel.

**Fait à :** .....

**Signature du représentant légal du mineur :**

**Le (date) :** .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON   FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio			___/___/___
			___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	
DATES		DATES	
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....  
 .....

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : \_\_\_\_\_ N° DE TEL : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....