

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

Dossier d'inscription pour l'année scolaire 2021/2022.

• **Civilité de l'enfant :**

NOM et PRENOM de L'ENFANT : _____ Classe à la rentrée 2021 : _____
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 2021



• **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 |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Matin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11h30 à 13h20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16h00 à 18h30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 07h30) | Repas | Après-midi (jusqu'à 18h30) |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <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 07.86.80.27.26

Mairie d'Eckwersheim 03.88.69.41.60

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 2021/2022 | <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 01/09/2021 au 31/07/2022, est révocable 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 CONCUE 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 |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Du DT polio | | ___/___/___ |
| Du DT coq | | ___/___/___ |
| Du Tétracoq | | ___/___/___ |
| D'une prise polio RAPPELS | | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|-------------|------------------------|-------------|----------------|-------------|
| DATES | | VACCIN | | VACCINS | |
| 1 ^{er} VACCIN | ___/___/___ | 1 ^{er} RAPPEL | ___/___/___ | | ___/___/___ |
| REVACCINATION | ___/___/___ | | ___/___/___ | | ___/___/___ |

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 SUIV-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.

Signature :

DATE :

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)

.....

