



DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL PERISCOLAIRE
Année scolaire 2022/2023

I - RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Le dossier de demande d'inscription doit comporter :

- a) La présente demande dûment remplie pour chaque enfant inscrit
- b) Une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant
- c) Une copie de l'attestation d'assurance scolaire/extra-scolaire (ou Responsabilité Civile)
- d) Si non allocataire CAF = une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2022 concernant les revenus de l'année 2021
- e) Le formulaire d'autorisation de droit à l'image

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, prénom de l'enfant : Né-e le :

Ecole : Classe : Enseignant-e :

Régime alimentaire : Repas standard Végétarien (ni viande ni poisson)

Sans viande (peut consommer du poisson) Sans porc

Autre (précisez) :

Allergie alimentaire* :

* un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit être mis en place à la rentrée. Après examen de la situation par les responsables du Service Périscolaire, il pourra vous être demandé de fournir un panier repas pour assurer la sécurité de votre enfant.

La résidence principale de l'enfant se situe-t-elle dans une commune extérieure à Phalsbourg ? Oui Non

Réservé au secrétariat

Pièces à fournir :

Avis d'imposition 2022 (si non CAF)

Photocopie vaccins

Attestation d'assurance

Certificat médical (si allergie)

Autorisation de droit à l'image

Règlement :

Prélèvement

CESU

III - DEMANDE ET ENGAGEMENT (à remplir et à signer par le/la responsable légal-e)

J'ai l'honneur de demander en faveur de mon enfant
l'admission à l'accueil périscolaire et/ou au restaurant d'enfants de Phalsbourg :

1) Inscription annuelle régulière : (à partir du

| | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accueil | | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| | Matin 07h15 - 08h30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Soir 16h15 - 18h30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Midi | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mercredi

- Matin 07h15 - 09h00
- Matin 09h00 - 12h00
- Midi
- Après-midi 14h00 - 18h30

2) Inscriptions irrégulières et occasionnelles :

Veuillez transmettre par mail le planning d'inscriptions hebdomadaire ou mensuel.

Je m'engage :

- à honorer le montant de la facture mensuelle à l'échéance prévue.
- à prévenir **par écrit** en temps utile l'Accueil Périscolaire si mon enfant devait cesser de fréquenter l'activité à laquelle il/elle est inscrit-e.

Je n'autorise sous aucun prétexte mon enfant à quitter l'accueil pendant les heures de fonctionnement, sauf en cas de situation particulière (soutien scolaire, activités sportives, ...) à signaler par écrit à la direction du Service.

J'autorise mon enfant* à rentrer seul-e à la fin des activités périscolaires : OUI NON

Si NON, nom(s) de la (ou des) personne(s) **majeures** susceptible(s) de venir chercher mon enfant :

| Nom | Prénom | Lien de parenté | N° téléphone |
|-----|--------|-----------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Rappel : les enfants d'âge de classe maternelle doivent **obligatoirement** être récupérés par les parents ou personnes nommément autorisées.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire.

Nom et adresse de l'assureur :

Recommandations particulières :

IV - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Responsable légal-e de l'enfant :

S'il y a plusieurs enfants concernés, ne remplir ce cadre qu'une fois.

| Situation familiale du foyer dans lequel vivent le/les enfant-s | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marié-es <input type="checkbox"/> Concubinage/Pacsé-es <input type="checkbox"/> Recomposée | <input type="checkbox"/> Séparé-es <input type="checkbox"/> Divorcé-es |
| <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Père / Beau-père / Tuteur | Mère / Belle-mère / Tutrice |
| NOM (en lettres majuscules) | NOM (en lettres majuscules) |
| NOM de naissance (si mariage) : | NOM de naissance (si mariage) : |
| Prénoms : | Prénoms : |
| Relation à l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Tuteur Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Relation à l'enfant : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Tutrice Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Adresse : CP : Ville : Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : E-mail : | Adresse : CP : Ville : Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : E-mail : |
| Profession : | Profession : |
| Travaille pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) : En recherche d'emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Travaille pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) : En recherche d'emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| N° Sécurité Sociale : | N° Sécurité Sociale : |
| Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| N°allocataire CAF : | N°allocataire CAF : |

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.
 Je certifie sur l'honneur les renseignements donnés dans ce formulaire.

Fait à le

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| 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"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| 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"/> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare
 exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
 toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
 l'enfant.

Date : _____ Signature : _____



SERVICE PERISCOLAIRE – Ville de Phalsbourg

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET D'UTILISATION GRACIEUSE DE PHOTOGRAPHIES ET/OU DE VIDEOS D'UNE PERSONNE MINEURE

Entre : Le Service Péricolaire de la Ville de Phalsbourg, dénommé ci-après « le Service Péricolaire », d'une part, et

(Nom Prénom)

(Nom Prénom)

.....

.....

Demeurant

Demeurant

.....

.....

.....

.....

Dénotmé-es ci-après "Les représentants légaux " d'autre part

Représentants légaux de l'enfant

Nom : Prénom

Né-e le/...../..... à

Dénotmé-e ci-après « L'enfant »

Article 1 : Cession des droits

Par la présente convention, les représentants légaux autorisent à titre gracieux le Service Péricolaire à fixer et à reproduire l'image de l'enfant, ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser pour toute action de promotion du service. La présente autorisation s'applique à tous supports (écrit, électronique et audio-visuel). Le Service Péricolaire s'engage, conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, à ce que la publication et la diffusion de l'image de l'enfant ainsi que des commentaires l'accompagnant ne portent pas atteinte à la vie privée, à la dignité et à la réputation de l'enfant.

En conséquence, les représentants légaux autorisent le Service Péricolaire à fixer, reproduire, communiquer les photographies et vidéos réalisées dans le cadre de la présente convention. Les photographies et vidéos pourront être reproduites, en partie ou en totalité, sur tout support (papier, numérique, vidéo, etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations, etc.) connu et à venir.

Le Service Péricolaire s'interdit expressément une exploitation des photographies et vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée de l'enfant. Ni nom, ni adresse de l'enfant n'apparaîtront à l'image.

Article 2 : Durée et territoire d'application de la convention

La cession des droits est consentie pour une exploitation sans restriction de territoire, et pour une durée de dix ans. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les représentants légaux bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui concernant l'enfant. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations concernant l'enfant, elles peuvent adresser leur demande par écrit au Service Péricolaire, à l'adresse suivante :

Service Péricolaire - Place d'Armes - 57370 PHALSBOURG

Fait en deux exemplaires originaux à le/...../.....

Signature **des deux parents** ou des représentants légaux, précédées de la mention « Accepte la présente cession gracieuse des droits à l'image de mon enfant »

Signature

Signature

En cas de refus de votre part d'accorder la présente autorisation, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le document en cochant et signant uniquement la partie ci-dessous, afin de nous permettre d'identifier clairement les cas de refus et les simples retards dans le retour du formulaire.

Je déclare **m'opposer** à la fixation et à la reproduction de l'image de l'enfant désigné-e ci-dessus

Fait à le/...../.....

Signature