



INFORMATIONS ET REGLEMENT DU C.I.G.A.L.E. 2015/2016

Situé dans l'école, le Centre d'Initiative Guidé par des Activités Laïques et Educatives « C.I.G.A.L.E. » est un lieu d'accueil périscolaire attentif aux rythmes de vie de l'enfant, à son autonomie, au respect des personnes et des biens. Cette action est soutenue par la CAF du Bas-Rhin.

Le C.I.G.A.L.E. laisse des choix d'activités à l'enfant (jeux, lecture, repos, ...) en groupe ou individuellement.

L'équipe d'animation veille au respect d'un « temps calme » de devoirs d'une ½ heure (pour les parents qui le souhaitent), mais ne fait ni aide, ni accompagnement individuel des devoirs.

❖ Conditions d'inscription :

A- Selon le règlement des établissements scolaires, seuls les enfants scolarisés dans l'école peuvent fréquenter le C.I.G.A.L.E.

B- Pièces demandées :

- la fiche d'inscription ci-jointe dûment complétée et signée,
- la fiche sanitaire de liaison ci-jointe dûment complétée et signée,
- la photocopie de l'attestation d'assurance extra scolaire (responsabilité civile et accident individuel) de(s) enfant(s),
- la photocopie du quotient familial établi par la CAF, ou photocopie du dernier avis d'imposition (des 2 avis si vous vivez maritalement),
- la photocopie du carnet de vaccination de votre/vos enfants,
- une photo d'identité de l'enfant (pour une première inscription),
- l'autorisation de droit à l'image.
- Le règlement de l'adhésion obligatoire à l'association, soit 15 € par famille.

c- Etre à jour de vos paiements pour l'année scolaire écoulée.

Attention : Nous ne pouvons pas accueillir votre(s) enfant(s) si toutes ces conditions ne sont pas remplies.

Pour que le C.I.G.A.L.E. se déroule dans les meilleures conditions, quelques règles pour les parents et pour les enfants :

❖ Retrait et dépôt des dossiers d'inscriptions

Les dossiers sont à retirer :

- auprès des animateurs des CIGALE des écoles élémentaires ou à télécharger sur le site des AFL :

« www.afl67.com »

Pour les nouvelles inscriptions, les dossiers complets sont à déposer lors des permanences d'inscriptions du 25/04/15 au 07/05/15 qui se tiendront à l'Espace Périscolaire des Roses (4 rue des Roses 67500 Haguenau)

Pour les réinscriptions auprès des animateurs des CIGALE des écoles élémentaires ou par courrier : 27 rue Lavoisier 67200 Strasbourg . **En cas d'envoi par voie postale, tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

Après ce délai les dossiers **sont obligatoirement à déposer** au siège de l'association **jusqu'au 21 août 2015** (accueil du lundi au vendredi de 9h à 14h). Après cette date l'accueil de votre enfant ne pourra se faire la 1^{ère} semaine de la rentrée scolaire.

ATTENTION ! Si les demandes sont supérieures au nombre de place d'accueil disponibles, la date de dépôt du dossier complet sera retenue pour l'attribution des places.

Pour toute demande d'inscription en cours d'année scolaire, veuillez contacter les AFL.

❖ Accueil avant et après la classe

Pour permettre d'accueillir vos enfants dans de bonnes conditions, il est important que chacun d'entre eux viennent se présenter à l'animateur dès la sortie des classes (accueil du soir), et pour le matin, vous accompagnerez l'enfant dans la salle. **Vous devez vous présenter à l'animateur quand vous venez chercher votre enfant.**

❖ Activités extérieures

Le personnel de l'AFL ne peut accompagner l'enfant à des activités extérieures au C.I.G.A.L.E (nouvelles activités éducatives, aide personnalisée, cours de musique, sports, ...)

❖ Absence ponctuelle de l'enfant

Toute absence de l'enfant doit être signalée le jour même avant 12h à l'AFL. Ces absences n'ouvrent pas droit à des réductions de tarifs sauf sur présentation d'une attestation médicale.

❖ Enfant sous traitement médical

Le personnel de l'AFL n'est pas habilité à administrer des médicaments. Les parents devront donc s'assurer auprès de leur médecin que le traitement médical est à administrer le matin ou/et le soir. Toutefois, si une ordonnance médicale indique la posologie exacte, le (la) responsable donnera les remèdes prescrits en cas de nécessité absolue dûment constatée et sous la responsabilité des parents. **Si votre enfant a un protocole d'accueil individualisé (PAI), veuillez le transmettre avec la trousse d'urgence à l'équipe d'animation dès le 1^{er} jour d'accueil.**

❖ Exclusion de l'enfant

Le non respect des règles de vie en collectivité (problème de comportement, agressivité verbale ou physique...) peut entraîner l'exclusion temporaire ou définitive du C.I.G.A.L.E. après rencontre avec les parents. Elle peut également être prononcée pour (liste non exhaustive) :

- non paiement des frais C.I.G.A.L.E
- retards trop fréquents des parents à la fin de l'accueil

❖ Personnes habilitées à chercher l'enfant

Les enfants seront remis au(x) parent(s) exerçant l'autorité parentale ou à des tiers adultes, désignés par écrit sur le dossier d'inscription. Lors de la venue d'une tierce personne habilitée par le parent à chercher l'enfant, la présentation d'une pièce d'identité lui sera demandée. Dans le cas où l'enfant est cherché par une personne mineure, celle-ci doit être munie d'une autorisation écrite spécifique des parents. Les enfants dont les parents souhaitent qu'ils rentrent seuls à leur domicile, pourront quitter la structure à la fin de l'accueil sous réserve d'une autorisation qui doit être stipulée sur la fiche d'inscription.

❖ Retard

Les parents sont priés de respecter impérativement les horaires de fermeture du C.I.G.A.L.E. fixés à 18h30. **En cas de retard, un supplément de 6€ est demandé par quart d'heure entamé.**

En cas de non présentation des parents pour reprendre l'enfant à l'heure de fin d'accueil, les parents puis les personnes désignées sur la fiche d'inscription seront contactées. Si l'équipe d'animation n'arrive pas à joindre ces personnes, ou n'a pas de nouvelles de la famille, elle est dans l'obligation d'alerter le commissariat de police ou la gendarmerie de secteur qui prendra alors en charge l'enfant.

ATTENTION : en dessous de 12 enfants inscrits, l'association ne pourra pas faire fonctionner l'accueil.



Tarifs 2015/2016

Choix du forfait au début du trimestre et non révisable en cours de trimestre

FORFAITS MENSUEL 1 enfant	T1 QF - de 250	T2 de 251 à 400	T3 de 401 à 560	T4 de 561 à 800	T5 de 801 à 998	T6 de 999 à 1280	T7 de 1281 à 1480	T8 1481 et +
4 jours	29	36	45	55	63	73	79	89
3 jours	21	28	34	41	46	54	60	66
2 jours	16	21	26	33	36	43	46	53
1 jour	8	11	13	17	19	22	24	28

Matin : 19 euros par mois

- **A partir de 2 enfants**, réduction de 4 euros par mois (2euros par enfant) : uniquement pour les enfants inscrits le soir.
- Tout **rappel de paiement** sera facturé 2 € (frais de dossier)
- Si un événement familial ou professionnel **modifie vos ressources**, en cours d'année, une révision peut être demandée par écrit.
- Des **facilités de paiement** (échelonnement) peuvent être mises en place, sur demande écrite.

Modalités de paiements :

Les **factures** sont distribuées à chaque début de trimestre (septembre - janvier - avril)

Paiement au mois : au début de chaque mois

Paiement au trimestre : avant le 15 de chaque trimestre

Exemple	Si vous choisissez un forfait 4 jours et que vous êtes en tranche 4		
	1er trimestre 55€ x 4 mois 220 €	2ème trimestre 55€ x 3 mois 165 €	3ème trimestre 55€ x 3 mois 165 €

Modes de paiements :

Chèque / tickets CESU	envoi par courrier : CDALFAL 27 rue Lavoisier 67200 STRASBOURG ou dépôt auprès des directeurs des accueils										
Espèces	dépôt uniquement au siège de l'association de 9h à 14h : 27 rue Lavoisier 67200 STRASBOURG										
Virement	<p>veuillez trouver le Relevé d'Identité Bancaire de l'association ci-dessous Procédure : indiquer le nom de l'enfant ainsi que l'école fréquentée</p> <p>Crédit Mutuel Relevé d'identité bancaire-IBAN</p> <p>CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67 Tél 08-20-00-36-36 9 RUE JEAN MONNET 67201 ECKBOLSHEIM Identifiant national de compte bancaire - RIB</p> <p>Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements, etc...) This statement is intended to be delivered, to those of your creditors or debtors who have transactions posted to account (credit, transfers, payments, etc....)</p> <table border="1"> <tr> <td>Code Banque 10278</td> <td>Code Guichet 01900</td> <td>Numéro de Compte 00026857345</td> <td>Clé RIB 31</td> <td>Domiciliation CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Identifiant international de compte bancaire IBAN (International Bank Account number) FR76 1027 8019 0000 0268 5734 531</td> <td>BIC (Bank Identification Code) CMCIFR2A</td> </tr> </table> <p>TITULAIRE DU COMPTE ACCOUNT OWNER</p> <p>CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ASSOCIATIONS FAMILIALES LAIQUES DU B R 27 RUE LAVOISIER 67200 STRASBOURG</p>	Code Banque 10278	Code Guichet 01900	Numéro de Compte 00026857345	Clé RIB 31	Domiciliation CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67	Identifiant international de compte bancaire IBAN (International Bank Account number) FR76 1027 8019 0000 0268 5734 531				BIC (Bank Identification Code) CMCIFR2A
Code Banque 10278	Code Guichet 01900	Numéro de Compte 00026857345	Clé RIB 31	Domiciliation CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67							
Identifiant international de compte bancaire IBAN (International Bank Account number) FR76 1027 8019 0000 0268 5734 531				BIC (Bank Identification Code) CMCIFR2A							



FICHE D'INSCRIPTION CIGALE MARIENTHAL 2015/2016
7H15 à 8H10 & 15H30 à 18H30



INFORMATIONS GENERALES

NOM - Prénom de l'enfant :

Né(e) le (jj/mm/aaaa) : Classe : Salle :

Mon enfant est en situation de handicap : oui non

Le domicile de l'enfant est celui : des 2 parents du père de la mère autre :

Responsable légal de l'enfant : les 2 parents autre* (préciser) :
(* veuillez fournir les justificatifs)

Mère : Nom - Prénom :

Adresse - CP - Ville :

Contact : Téléphone : Mail :

Profession : Téléphone professionnel :

Père : Nom - Prénom :

Adresse - CP - Ville :

Contact : Téléphone : Mail :

Profession : Téléphone professionnel :

Numéro allocataire CAF : **Assurance :** **Compagnie, N° Police :**

Régime de sécurité sociale : Général MSA Conseil de l'Europe Transfrontalier

PRESENCES DE L'ENFANT

Mon enfant fréquentera l'accueil à partir du
A raison de (préciser le nombre) **matin(s) par semaine** et (préciser le nombre) **soir(s) par semaine**.

Si possible, préciser les jours en cochant les cases correspondantes

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Participation au temps de devoirs autonome (30 minutes, voir règlement intérieur) : OUI NON

Si vous n'êtes actuellement pas en mesure de préciser les jours, merci de les signaler à l'équipe d'animation avant le premier jour ou l'enfant sera accueilli.

EN CAS DE MODIFICATIONS DU PLANNING ETABLI, JE M'ENGAGE A EN INFORMER L'EQUIPE D'ANIMATION.

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (possibilité de joindre une liste complémentaire)

J'autorise mon enfant à rentrer seul à 18h15 : OUI NON

NOM - Prénom	ADRESSE - CP - VILLE	TELEPHONE

Je soussigné(e)
agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du CIGALE à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'intervention et de transport rendues nécessaires par l'état de l'enfant après avoir été prévenu(e)
- M'engage à venir chercher mon enfant au plus tard à 18h15 (tout ¼ d'heure de retard entamé étant dû : 6€)
- M'engage à payer le service rendu selon les modalités énoncées
- Déclare avoir lu et être en accord avec le règlement intérieur.
- Accepte de recevoir des informations par mail de la part de l'association : OUI NON

Ces autorisations prennent effet à la date de la signature et déchargent l'AFL et son équipe de toutes responsabilités.

A Le **Signature du responsable légal :**

PARTIE RESERVEE A L'AFL : Dossier déposé le à h

Fiche inscription Fiche sanitaire Assu Vaccins Droit à l'image Cotisation : QF : Tranche :

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON/MES ENFANTS

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur légal de (*nom du ou des enfants*) :

Autorise (cocher les cases) :

La prise de photographies et la réalisation d'œuvres filmées (captation, fixation, enregistrement, numérisation) dans le cadre des activités menées par le Conseil Départemental des Associations Familiales Laïques du Bas Rhin.

La diffusion et la publication des photographies et des films réalisés représentant mon/mes enfants dans le cadre des différents supports de communications et d'informations existants tels que la presse et le site www.afl67.com.

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou/et support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie des présentations précisées. Les films ou photographies ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti.

Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait pour les documents publiés si vous le jugez utile.

Fait à le

Signature :



Conseil
National des
Associations
Familiales
Laïques
Agréé par l'UNAF

**CARTE D'ADHESION
ANNEE 2015**

Nom
Prénom
Adresse
.....
.....

Association Familiale de :
Cachet :

AFL | MARIENTHAL 2015

Nom
Prénom
Adresse
.....
.....
Code postal : Tél :

Nom et prénom du conjoint :
.....
Marié(e) Concubinage Veuf(ve)
Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Cotisation : **15€**
Abt Familiales Laïques : **4€**
Total :

Signature :

Nombre d'enfants :
Nombre d'enfants mineurs :
Prénoms Date de naissance
.....
.....
.....

Nombre d'enfants handicapés :
Prénoms Date de naissance
.....
.....
.....

Nombre d'enfants morts pour la France :
.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
