

2019

2020

Inscriptions vacances Toupidecs



Le CDAFAL organise un accueil de loisirs Pendant les vacances scolaires dans les écoles suivantes :

Etablissements	Nombre de places pour les enfants scolarisés en maternelle (moins de 6 ans)	Nombre de places pour les enfants scolarisés en élémentaire (plus de 6 ans)
Ecole maternelle Marcelle Cahn 33a rue Cerf Berr 67200 Strasbourg.	36	24

Nos ALSH Toupidecs proposent d'accueillir vos enfants selon 3 formules :

- en journée complète
- en matinée
- en après-midi

Un repas sera proposé à midi.

1.1) Récupérer un dossier d'inscription

Les dossiers d'inscriptions sont à récupérer :

- Sur notre site internet <http://www.afl67.com>

1.2) Compléter un dossier d'inscription

Il doit être transmis **avant le 1^{er} jour d'accueil** de l'enfant et doit **obligatoirement contenir la totalité des pièces suivantes** :

- La **fiche d'inscription** ci-jointe dûment complétée et signée,
- La **fiche sanitaire de liaison** ci-jointe dûment complétée et signée,
- La **carte d'adhésion** à l'association ci-jointe dûment complétée et signée
- Le règlement associé à l'adhésion, soit **15 € par famille** ou 19€ en cas d'abonnement au magazine « Familiales Laïques » (paiement par chèque à l'ordre du CDAFAL),
- L'autorisation de **droit à l'image** ci-jointe dûment complétée et signée,
- **Photocopie** de l'**attestation d'assurance extrascolaire** (responsabilité civile et accident individuel) de(s) enfant(s),
- **Photocopie** du **quotient familial** établi par la CAF ou la Ville, ou **Photocopie** du **dernier avis d'imposition** (des 2 avis si vous vivez maritalement),
- **Photocopie** du **carnet de vaccination** de votre/vos enfants,
- **Photo d'identité** de l'enfant à coller sur la fiche d'inscription,
- **Uniquement si vous travaillez dans une institution Européenne** : votre **fiche de paye de décembre 2018**.

1.3) Déposer un dossier

Les dossiers peuvent être déposés en période scolaire auprès de la directrice de l'accueil :

Les lundis, mardis et jeudis : entre 14h00 et 15h30 au siège de l'association (27 rue Lavoisier 67200 Strasbourg)

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis : entre 17h30 et 18h15 au CIGALE Marcelle Cahn (2 rue Henri Loux 67200 Strasbourg)

Les mercredis : entre 16h00 et 17h00 à l'école maternelle Marcelle Cahn (33a rue Cerf Berr 67200 Strasbourg)

Tout dossier incomplet ne pourra être traité par nos services.

2) Réservations et confirmations d'inscriptions

En fonction des informations précisés dans la fiche d'inscription, **un formulaire de réservation** de places vous sera **envoyé par mail ou par SMS** environ un mois avant le début de chaque période de vacances.

Les **places sont attribuées par ordre d'arrivée**.

Une réponse vous sera envoyée pour vous confirmer l'inscription de votre enfant ou de son placement sur la liste d'attente.

Toute **absence** de votre enfant doit être **signalée par mail** (toupidecs.m.cahn.afl67@gmail.com) au plus tard **72h à l'avance**. Passé ce délai, vous serez **facturés**.

3) Tarifs :

Les tarifs (à la demi-journée ou journée, avec ou sans repas) sont calculés sur la base du quotient familial.

QF	- de 250	251 - 560	561-1000	1001-1480	1481-1600	1601 et +
Tarifs	T1	T2	T3	T4	T5	T6
demi - journée	3,39 €	4,61 €	6,33 €	8,50 €	9,40 €	10,39 €
journée	4,51 €	6,13 €	8,42 €	11,31 €	12,50 €	13,82 €
repas	4,50 €					

Pour les enfants en situation de handicap nécessitant un accompagnement individuel un devis sera proposé pour l'obtention d'aides complémentaires.

Facturation après chaque période de vacances.

Pour toute demande d'information complémentaire :
07.68.59.82.15 (du lundi au jeudi de 14h à 16h)
toupidecs.m.cahn.afl67@gmail.com

Action soutenue :





FICHE D'INSCRIPTION VACANCES 2019/2020

TOUPIDECS
Ecole Marcelle Cahn

Cadre réservé à l'association :

Déposé complet le :/...../..... àh.....

F. insc. - F.san - D.im. - Assu - Vac. -Cot.-QF.....-T.....

PHOTO DE
L'ENFANT

INFORMATIONS GENERALES

NOM – Prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../..... **Ecole 2019-2020 :**

Classe 2019-2020 : Maternelle (Niveau :) Elémentaire (Niveau :)

Régime alimentaire : Standard Halal Végétarien Autre (précisez :))

Mon enfant est en situation de handicap

Non Oui (voir fiche sanitaire)

Mon enfant suit un traitement médical (PAI)

Non Oui (voir fiche sanitaire)

Le domicile de l'enfant est celui de : Des 2 parents De la mère Du père Autre :

J'autorise la prise et la diffusion d'images et/ou œuvres filmées de mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'association (dans tous les cas, compléter l'autorisation de publication de l'image jointe).

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Les 2 parents Autre : (Joindre les justificatifs)

	MÈRE / RESPONSABLE LEGAL	PÈRE / RESPONSABLE LEGAL
NOM - Prénom		
Adresse		
CP - Ville		
Employeur		
Téléphone pers. (portable)/...../...../...../...../...../...../...../.....
Téléphone pro./...../...../...../...../...../...../...../.....
Mail <small>(Uniquement si vous acceptez de recevoir des informations par mail de la part de l'association)</small>		

Numéro d'allocataire CAF : **Assurance (compagnie et N° de police) :**

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

PRESENCES DE L'ENFANT PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

Je souhaite recevoir le formulaire d'inscriptions pour les périodes de vacances suivantes :

Hiver (Du 17 au 28/02/2020) **Printemps** (Du 14 au 24/04/2020) **Juillet** (du 06 au 31/07/2020) **Août** (du 17 au 28/08/2020)

DEPART DE L'ENFANT : J'autorise mon enfant à rentrer seul : Non Oui, àh..... (préciser l'heure) l'heure

J'autorises les personnes suivantes à récupérer mon enfant (possibilité de joindre une liste complémentaire) :

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 Toupidecs 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€)
- Déclare avoir lu et être en accord avec le règlement intérieur et m'engage à payer le service rendu selon les modalités énoncées
- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles dans le cadre du RGPD (modifiable sur demande) : Oui Non

Ces autorisations prennent effet à la date de la signature et déchargent le CDAFAL et son équipe de toutes responsabilités.

A Le/...../..... **Signature du responsable légal :**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et nous donne accès aux informations médicales nécessaires en cas de besoins.

NOM - Prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../.....

Numéro de sécurité social de rattachement de l'enfant :

NOM du médecin traitant : Dr

Téléphone :/...../...../.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Mon enfant est vacciné contre les maladies suivantes (cocher les cases) :

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

OU DT Polio

OU Tétracoq

MALADIES INFANTILES

Rubéole : Oui

Non

Coqueluche : ... Oui

Non

Varicelle : Oui

Non

Otite : Oui

Non

Scarlatine : Oui

Non

Oreillons : Oui

Non

Rougeole : Oui

Non

Angine : Oui

Non

ANTECEDENTS MEDICAUX

	Dates	Précautions à prendre
Maladies		
Accidents		
Crises convulsives		
Hospitalisations, Interv. chirurgicales		

ALLERGIES ET MALADIES CHRONIQUES

	Préciser	Précautions à prendre (en cas de Protocole d'Accueil Individualisé, le transmettre avec la trousse associée)
Allergies alimentaires		
Allergies médicamenteuses		
Asthme		
Autre		

TRAITEMENT MEDICAL REGULIER (Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance du médecin).

Les médicaments fournis devront être **marqués au nom de l'enfant**, dans leur **emballage d'origine avec la notice**. En cas de traitement particulier, un **protocole d'accueil individualisé** sera mis en place avec les parents, animateurs et médecin.

TRAITEMENT MEDICAL	Informations sur le traitement (posologie, ...)
L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

MON ENFANT EST EN SITUATION DE HANDICAP

Dénomination du Handicap	Informations importantes à transmettre à l'équipe

N'hésitez pas à nous convier aux **réunions d'équipes éducatives** et/ou à nous remettre un compte rendu. Si un **document GEVA-Sco** (grille d'évaluation de la scolarité) a été réalisé, merci de le **joindre au dossier**. Un entretien avec l'association sera programmé en début d'année afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions.

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Date :/...../.....

Signature :



Conseil
National des
Associations
FAMILIALES
LAIQUES

CARTE D'ADHESION
ANNEE
2019

Nom et Prénom du Parent :

.....

Adresse :

.....

Cachet de l'association :



ASSOCIATION FAMILIALE LAIQUE
Conseil Départemental
27 rue Lavoisier
67200 STRASBOURG



AFL - TOUPIDECS M. CAHN 2019

Nom et Prénom du parent :

Adresse :

Code Postal : Téléphone :

- Marié(e) Concubin(e) Veuf(ve)
 Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Nom et prénom du conjoint :

Nombre d'enfants dans la famille : ... mineurs et majeurs

Prénoms des enfants	Date de naissance	En situation de handicap
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nombre d'enfants morts pour la France :

- | | | |
|--|-------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Cotisation (obligatoire) | 15€ | Signature : |
| <input type="checkbox"/> Abt revue Familles Laïques (facultatif) Total | 4€ | |
| | | |



CDAFAL67
27 RUE LAVOISIER
67200 STRASBOURG
Site : www.afl67.com Tél : 0388290649

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT – ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

Je soussigné(e)

Père, mère, responsable légal de l'enfant

Autorise :

- Oui Non : 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 enfant dans les cadres suivants :

- Oui Non : Dans le cadre des différents supports de communications et d'informations existants tels que la presse et le site www.afl67.com.
- Oui Non : dans l'enceinte du CIGALE (affichage, projection d'un diaporama...).
- Oui Non : dans le cadre d'une diffusion aux autres parents de l'accueil via un accès restreint (mail, drive, cloud...).

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...../...../20.....

Signature :