

2020 - 2021

Inscription périscolaire (CIGALE)



Associations Familiales Laiques

**CIGALE
MUSAU**

-
- 1** **Comment s'inscrire ?** **Page 2**
- 1.1- Conditions d'inscription
 - 1.2- Récupérer un dossier d'inscription
 - 1.3- Compléter un dossier d'inscription
 - 1.4- Déposer un dossier d'inscription

-
- 2** **Fonctionnement des accueils ?** **Page 3**
- 2.1- CIGALE : le matin
 - 2.2- CIGALE : le soir
 - 2.3- Absences de l'enfant
 - 2.4- Traitement médical de l'enfant
 - 2.5- Exclusion de l'enfant

-
- 3** **Tarifs, facturations, paiements ?** **Pages 4 à 5**
- 3.1- Les tarifs
 - 3.2- Changements de forfait
 - 3.3- Frais supplémentaires
 - 3.4- Les factures
 - 3.5- Les paiements

Documents relatifs au dossier d'inscription **Pages 7 à 9**



REGLEMENTS ET TARIFS

Chaque page de ce règlement est à parapher après lecture. La dernière page (page 5) est à signer en précisant la mention « lu et approuvé ».

Situé dans l'école élémentaire, le Centre d'Initiative Guidé par des Activités Laïques et Educatives (CIGALE) est un lieu d'accueil périscolaire attentif aux rythmes de vie de l'enfant, à son autonomie, au respect des personnes et des biens.

L'Accueil de Loisirs propose un cadre dans lequel l'enfant peut développer ses relations de citoyenneté et s'inscrit dans les valeurs portées par l'association. Il est accessible aux enfants en situation de handicap.

« En application du Règlement Général de la Protection des Données à caractère personnel, l'association collecte des données exclusivement utilisées pour le fonctionnement des activités périscolaires sans hébergement. L'association s'engage à ne pas divulguer à qui que ce soit les informations collectées. Seuls les renseignements collectés dans le bulletin d'adhésion à l'association sont communiqués au siège Conseil National des Associations Familiales Laïques et à l'Union Départementale des Associations Familiales du Bas-Rhin afin de suivre et de justifier toutes les adhésions collectées par l'association. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant ainsi que celles de votre ou vos enfants. Pour ce faire, merci d'adresser votre requête à l'association... »

COMMENT S'INSCRIRE AU CIGALE

Les dossiers sont traités par ordre d'arrivée. Si les demandes sont supérieures au nombre de places d'accueil disponibles, la date de dépôt du dossier sera retenue pour l'attribution des places.

Une **liste d'attente** sera alors mise en place et sera **traitée selon les mêmes modalités.**

1.1) Conditions d'inscriptions

- Sauf cas particulier, l'enfant doit, selon le règlement des établissements scolaires, être scolarisé dans l'école où est organisé le CIGALE.
- La totalité des paiements doit avoir été effectuée pour l'année scolaire écoulée.

1.2) Récupérer un dossier d'inscription

Les dossiers d'inscriptions sont à récupérer dès l'ouverture de la période d'inscription :

- Sur notre site internet www.af167.com.
- **En quantité limitée** auprès du directeur du CIGALE, à partir de 17h30.

1.3) 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** :

- Une **pochette plastique transparente perforée A4** ;
- 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 ;
- Un **chèque** à l'ordre du CDAFAL ou **avis de virement** correspondant au paiement du CIGALE pour le mois de septembre (non remboursable, se référer à la grille tarifaire : page 5) ;
- Le règlement associé à l'adhésion, soit **15 € par famille** ou 19€ en cas d'abonnement au magazine « Familiales Laïques » (non remboursable, 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 2019**.

1.4) Déposer un dossier

Tout dossier incomplet ne pourra être traité par nos services.

Vous serez **contacté à partir du 06/07/2020** si votre dossier est **sur liste d'attente**.

Quand ?	Quoi ?	Comment ?
Jusqu'au 28/05/2020	Demander un RDV et prendre note de celui qui me sera envoyé par mail	- En cliquant sur ce lien : https://forms.gle/e3cH27C8LLNsWiGd7 où en scannant ce QR code avec une application dédiée, comme Unitag ; - En appelant le 0388290649 entre 9h et 12h.
A partir du 01/06/2020	Se présenter au RDV	Venir à l'heure, avec votre dossier complet en prenant note des consignes transmises par mail
UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ MANQUE LA PERIODE DE RDV		
Du 04 au 17/07/2020	Transmettre votre dossier d'inscription complet	Exclusivement par courrier au CDAFAL, 27 rue Lavoisier 67200 Strasbourg. ATTENTION, nous vous invitons à envoyer vos dossiers par lettre suivie ou recommandé avec accusé de réception . Nous n'envoyons pas d'accusé de réception.
Du 20 au 31/07/2020	Prendre RDV au siège , puis s'y présenter à l' heure avec votre dossier complet	- En cliquant sur ce lien : https://doodle.com/poll/dp5ssvp8g5cd5z9d où en scannant ce QR code avec une application dédiée, comme Unitag ; - En appelant le 0388290649 entre 9h et 12h.
Pendant l'année scolaire	Déposer votre dossier à l'accueil	En se présentant au responsable de l'accueil entre 17h30 et 18h15 avec votre dossier complet.

Paraphe :

FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL CIGALE

Les familles s'engagent à **préciser clairement** dans la fiche d'inscription **les jours où leur enfant doit être accueilli**. **L'association ne pourra ni accueillir, ni prendre la responsabilité d'un enfant en dehors des jours où il est inscrit** à l'accueil.

Pour les **enfants en situation de handicap**, un entretien avec l'association sera programmé avant l'accueil effectif de l'enfant, afin de l'accueillir dans les meilleures conditions.

2.1) Les matins

La responsabilité de l'association commence, **dans le cadre des horaires d'ouverture de l'accueil**, à partir du moment où l'enfant **est déposé, le matin, dans la salle par un parent**. Elle s'arrête à la prise en charge des enfants par l'école.

Pour la sécurité des enfants, **les parents s'engagent :**

- **A accompagner leurs enfants dans la salle d'accueil et à signer la feuille d'émargement (obligatoire).**

2.2) Les soirs

La responsabilité de l'association commence le soir après la classe, **lors de sa prise en charge par un animateur**. Elle s'arrête à **l'arrivée d'un responsable légal ou son représentant, dans le cadre des heures d'ouverture**.

→ *Les activités au sein de l'accueil et devoirs*

Le **CIGALE** 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 de 30 minutes maximum** (pour les parents qui le souhaitent), mais ne fait **ni aide, ni accompagnement individuel des devoirs**.

→ *Les activités extérieures au CIGALE*

Le personnel du CDAFAL **ne peut accompagner, ni chercher** un enfant à des activités extérieures au CIGALE (activités organisées par la Ville, aide personnalisée, cours de musique, sports...). De même, **le CIGALE ne pourra pas accueillir un enfant non-inscrit le jour concerné, même en cas d'annulation d'une activité**. Si un enfant **inscrit** est amené à **fréquenter une autre activité** (ex : activité éducative de la ville, musique) pendant le temps d'accueil du CIGALE, le parent devra fournir **une décharge de responsabilité** correspondant à la durée de cette autre activité. **Le formulaire est disponible auprès des animateurs**.

→ *Départ des enfants - Retards*

Les parents sont priés de respecter impérativement les horaires de fermeture du C.I.G.A.L.E. **En cas de retard, un supplément de 6€ sera dû par quart d'heure entamé**. Si aucune personne autorisée à récupérer l'enfant ne se présente ou n'est joignable, **l'équipe d'animation est dans l'obligation d'alerter le commissariat de police ou la gendarmerie de secteur** qui prendra alors en charge l'enfant.

Les enfants seront remis **au(x) parent(s) exerçant l'autorité parentale** ou à **des tiers, 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 l'heure indiquée par le parent, sous réserve d'une autorisation** qui doit être stipulée **sur la fiche d'inscription, ou par le biais d'un formulaire disponible auprès des animateurs**.

2.3) Absences de l'enfant

Même si vous avez informé l'école, il est important, **pour des raisons de sécurité**, que les parents s'engagent à **informer l'association par téléphone au plus tard le jour de l'absence de l'enfant avant 12h00 au 03.88.29.06.49**.

2.4) Mon enfant suit un traitement médical

Aucun médicament ne pourra être administré à un enfant, sauf dans les cas suivants :

- remise des médicaments dans un emballage **fermé, jamais ouverts**, accompagnés de l'ordonnance du médecin.
- après **autorisation d'un médecin** joint par téléphone (SAMU, médecin traitant)
- en cas de **protocole d'accueil individualisé (PAI)** (merci de le transmettre avec la trousse d'urgence à l'équipe d'animation dès le 1^{er} jour d'accueil).

2.5) 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 du CIGALE** ou **retards trop fréquents** des parents à la fin de l'accueil.

TARIFS, FACTURATION, PAIEMENT

3.1) Engagement des familles et changement de forfaits.

En inscrivant un enfant au CIGALE, vous vous engagez à respecter le forfait et les jours définis dans la fiche d'inscription.

Sous réserve de places disponibles, il est possible de demander une modification liée à votre forfait (nombre de jours, choix des jours) jusqu'au 13/07/2020 par téléphone au 03.88.29.06.49 du lundi au vendredi entre 9h00 et 12h00.

Au-delà de cette date, les forfaits ne sont pas révisables. Vous vous engagez également à régler la totalité des frais engagés.

3.2) Les tarifs

Si un événement familial ou professionnel **modifie vos ressources**, en cours d'année, une révision peut être demandée **par écrit au siège de l'association**. Si le changement est signalé après la période de changement de forfait, il peut ne pas être pris en compte.

QUOTIENT FAMILIAL		CIGALE (périscolaires matins et soirs)				
		TARIF MENSUEL (Pour le CIGALE du soir, une réduction de 3€ par mois est appliquée à partir du 2 ^{ème} enfant inscrit)				
		MATINS (7H30-8H20)	NOMBRE DE SOIRS (16H30-18H30)			
1	2		3	4		
T1	250 et moins	23 €	8 €	17 €	21 €	27 €
T2	251 à 560		11 €	20 €	26 €	35 €
T3	561 à 1000		17 €	31 €	38 €	50 €
T4	1001 à 1480		21 €	38 €	50 €	66 €
T5	1481 à 1600		27 €	51 €	62 €	82 €
T6	1601 et plus		29 €	54 €	65 €	86 €

Pour les enfants en situation de handicap ayant besoin d'un accompagnement individualisé, un devis sera établi. Un exemplaire du devis daté, signé et comportant la mention manuscrite "bon pour accord" devra être renvoyé avant toute démarche d'inscription.

Il faudra joindre au présent dossier la photocopie du récépissé de demande provenant de la MDPH comportant les nom et prénom de l'enfant et son numéro de dossier dans le cadre d'une demande de Prestation de Compensation du Handicap pour Enfants (aides humaines activités péri et extra-scolaires).

→ Frais supplémentaires

Le soir, en cas de retard, un **supplément de 6€ par quart d'heure entamé** sera facturé.

En cas d'impayé, tout **rappel de paiement** sera facturé 2 € (frais de dossier).

3.3) Les factures

Le paiement du mois de septembre est à effectuer lors de l'inscription (chèque ou virement). Les autres **factures** sont transmises **chaque trimestre** (à partir de septembre, janvier et avril). Le **montant à payer** correspond au **solde du trimestre**.

Exemple :

Vous avez inscrit un enfant. Vous choisissez un **forfait 4 soirs** et vous êtes en **tranche 3** (QF entre 561 et 1000). Vous avez également inscrit votre enfant **les matins**.

Vous serez facturé :

Trimestre		1	2	3
Nombre de mois dans le trimestre		4	3	3
Tarifs mensuel (en €)	Matin (fixe)	23	23	23
	Soirs (4 soirs en T3)	50	50	50
Montant TTC (en €) de la facture trimestrielle		292	219	219

Montant à joindre à l'inscription :
23 + 50 = 73€

Détails du calcul pour le trimestre 1 :
23 + 50 = 73 €. 73 x 4 = 292 €.
Reste à payer : 292-73 = 219€

Nous n'établissons pas de factures mensuelles.

3.4) Le paiement

Exemple	Vous avez inscrit un enfant 4 soirs et vous êtes en tranche 3 (QF entre 561 et 1000). Vous avez également inscrit votre enfant les matins .					
Choix	J'opte pour un paiement au trimestre			J'opte pour un paiement mensuel		
Quand	Avant la date limite de paiement figurant sur la facture			A l'inscription, puis au début de chaque mois (d'octobre à juin)		
Période	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	A l'inscription	01/10 ; 01/11...	01/06
Montant du versement	$(23+50) \times 4 = 292\text{€}$ (Dont 73€ réglés à l'inscription)	$(23+50) \times 3 = 219\text{€}$	$(23+50) \times 3 = 219\text{€}$	23+50 = 73€	23+50 = 73€	23+50 = 73€

En cas de **difficultés** et **sur demande écrite** transmise **au siège de l'association**, un paiement échelonné peut être mis en place.

Modes de paiement	Modalités et indications																								
Chèques (ordre : CDAFAL)	- Par courrier (lettre suivie ou recommandé avec AR conseillé) : CDAFAL, 27 rue Lavoisier 67200 Strasbourg																								
Tickets CESU																									
Espèces (Merci de faire l'appoint)	Dépôt physique au siège de l'association : CDAFAL, 27 rue Lavoisier 67200 Strasbourg																								
Virements (voir le RIB à votre droite)	<p>Procédure : indiquer « CIG », le nom de l'enfant, puis l'école fréquentée.</p> <p>Identifiant national de compte bancaire - RIB</p> <table> <tr> <td>Banque</td> <td>Guichet</td> <td>N° compte</td> <td>Clé</td> <td>Devise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10278</td> <td>01900</td> <td>00026857345</td> <td>31</td> <td>EUR</td> <td>CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67</td> </tr> </table> <p>Identifiant international de compte bancaire</p> <table> <tr> <td colspan="5">IBAN (International Bank Account Number)</td> <td>BIC (Bank Identifier Code)</td> </tr> <tr> <td>FR76</td> <td>1027</td> <td>8019</td> <td>0000</td> <td>0268 5734 531</td> <td>CMCIFR2A</td> </tr> </table>	Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise		10278	01900	00026857345	31	EUR	CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67	IBAN (International Bank Account Number)					BIC (Bank Identifier Code)	FR76	1027	8019	0000	0268 5734 531	CMCIFR2A
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise																					
10278	01900	00026857345	31	EUR	CREDIT MUTUEL ENSEIGNANT 67																				
IBAN (International Bank Account Number)					BIC (Bank Identifier Code)																				
FR76	1027	8019	0000	0268 5734 531	CMCIFR2A																				

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

**L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS
SUIVANTS SONT A REMETTRE
LORS DE L'INSCRIPTION**



FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

- Saisie cocci
 Saisie tableur

PHOTO DE
L'ENFANT

CIGALE
MUSAU

Matins : 7h30-8h30
Soirs : 16h30-18h30

Cadre réservé à l'association :
Déposé complet le :/...../..... àh.....
F. insc. - F.san - D.im. - Assu - Vac. -Cot.-QF.....-T.....

INFORMATIONS GENERALES

NOM – Prénom de l'enfant :
Né(e) le :/...../..... **Classe 2020-2021 :** CP CE1 CE2 Autre :
Mon enfant est en situation de handicap **Mon enfant suit un traitement médical (PAI)**
 Non Oui (voir fiche sanitaire) Non Oui (voir fiche sanitaire)
Le domicile de l'enfant est celui de : Des 2 parents De la mère Du père Autre :

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

	MÈRE / RESPONSABLE LEGAL	PÈRE / RESPONSABLE LEGAL
NOM - Prénom		
Adresse		
CP - Ville		
Profession		
Téléphone pers./...../...../...../...../...../...../...../.....
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 : Nombre de matins : Nombre de soirs :

Mon enfant viendra à partir du/...../..... **les jours suivants (merci de compléter le tableau : obligatoire)**

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN				
SOIR				

Inscription au temps de devoirs de 30mn
(Voir règlement intérieur) : oui non

TOUTE MODIFICATION DU PLANNING DOIT SE FAIRE AUPRES DU DIRECTEUR DU CIGALE, SELON LES MODALITES PRECISEES DANS LE REGLEMENT INTERIEUR (point 3.1).

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).

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

J'autorises les personnes suivantes à récupérer mon enfant
(voir point 2.2 du règlement intérieur – 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 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 18h30 (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 2020-2021

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 et l'ordonnance du médecin**. 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'ACM à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

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

Signature :

CARTE D'ADHESION - ANNEE 2020		AFL	MUSAU	2020																																																																																																												
 <p>Conseil Départemental des Associations Familiales Laïques</p> <p>Agréé par l'UDAF</p>																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)</td><td></td></tr> <tr><td>ADRESSE (EN MAJUSCULES)</td><td></td></tr> <tr><td>CODE POSTAL</td><td></td></tr> <tr><td>VILLE (EN MAJUSCULES)</td><td></td></tr> </table>	NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)		PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)		ADRESSE (EN MAJUSCULES)		CODE POSTAL		VILLE (EN MAJUSCULES)																																																																																																							
NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)																																																																																																																
PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)																																																																																																																
ADRESSE (EN MAJUSCULES)																																																																																																																
CODE POSTAL																																																																																																																
VILLE (EN MAJUSCULES)																																																																																																																
Cachet de l'association :																																																																																																																
 <p>ASSOCIATION FAMILIALE LAIQUE Conseil Départemental 27 rue Lavoisier 67200 STRASBOURG</p>																																																																																																																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)</th> <th colspan="2">PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)</th> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <th colspan="4">ADRESSE (EN MAJUSCULES)</th> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr> <th colspan="2">CODE POSTAL</th> <th colspan="2">VILLE (EN MAJUSCULES)</th> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <th colspan="2">TELEPHONE</th> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="4">SITUATION PERSONNELLE</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Célibataire</td> <td><input type="checkbox"/> Divorcé(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Marié(e)</td> <td><input type="checkbox"/> Pacsé(e)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Veuf(ve)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> En concubinage</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">NOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)</th> <th colspan="2">PRENOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)</th> </tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <th>PRENOM DES ENFANTS</th> <th>DATE DE NAISSANCE</th> <th colspan="2">MAJEUR</th> <th colspan="2">HANDICAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">ADHESION OBLIGATOIRE A L'ASSOCIATION</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">15 €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ABONNEMENT REVUE FAMILLES LAIQUES (FACULTATIVE)</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">4 €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOTAL A PAYER (JOINDRE CHEQUE A L'ORDRE DU CDAFAL)</td> <td colspan="2" style="text-align: right;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Signature :</td> </tr> </table>			NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)		PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)						ADRESSE (EN MAJUSCULES)								CODE POSTAL		VILLE (EN MAJUSCULES)						TELEPHONE				SITUATION PERSONNELLE				<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)		<input type="checkbox"/> En concubinage		NOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)		PRENOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)						PRENOM DES ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	MAJEUR		HANDICAP				OUI	NON	OUI	NON																									ADHESION OBLIGATOIRE A L'ASSOCIATION				15 €		ABONNEMENT REVUE FAMILLES LAIQUES (FACULTATIVE)				4 €		TOTAL A PAYER (JOINDRE CHEQUE A L'ORDRE DU CDAFAL)				<input style="width: 50px;" type="text"/>		Signature :					
NOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)		PRENOM DU PARENT (EN MAJUSCULES)																																																																																																														
ADRESSE (EN MAJUSCULES)																																																																																																																
CODE POSTAL		VILLE (EN MAJUSCULES)																																																																																																														
TELEPHONE																																																																																																																
SITUATION PERSONNELLE																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)		<input type="checkbox"/> En concubinage																																																																																																														
NOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)		PRENOM DU CONJOINT (EN MAJUSCULES)																																																																																																														
PRENOM DES ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	MAJEUR		HANDICAP																																																																																																												
		OUI	NON	OUI	NON																																																																																																											
ADHESION OBLIGATOIRE A L'ASSOCIATION				15 €																																																																																																												
ABONNEMENT REVUE FAMILLES LAIQUES (FACULTATIVE)				4 €																																																																																																												
TOTAL A PAYER (JOINDRE CHEQUE A L'ORDRE DU CDAFAL)				<input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																																												
Signature :																																																																																																																


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

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT – ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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 CDAFAL67.

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 :