

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Valable du 3 Septembre 2018 au 25 Août 2019







<p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de Naissance : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p>	<p><i>Cadre réservé au Centre Rotterdam</i></p> <p><input type="checkbox"/> Maternelle                      Classe : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Périscolaire Matin</p> <p><input type="checkbox"/> Périscolaire Soir</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil des Mercredis (de 11h30 à 18h15)</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil des Vacances (de 7h45 à 18h15)</p>
---	--

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nombre d'enfants à charge dans le foyer : .....

Régime de protection sociale :  Régime général     MSA     Autres .....

Numéro allocataire CAF : .....                      Coefficient Familial : .....

Père	Mère
NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse (si différente de l'enfant) : .....	Adresse (si différente de l'enfant) : .....
.....	.....
Profession : .....	Profession : .....
 Maison : .....	 Maison : .....
 Portable : .....	 Portable : .....
 Travail : .....	 Travail : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Période de Septembre 2018 à Août 2019

NOM : .....	Prénom : .....
Date de Naissance : .....	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

## 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole – Oreillons – Rougeole	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRE, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITE. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

- Suit-il un traitement médical au quotidien ? OUI  NON
- Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON   
Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**
- L'enfant a-t-il déjà eu des allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
SANS PORC	<input type="checkbox"/>
VEGETARIEN	<input type="checkbox"/>

- Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs**, et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale** (information sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

OUI     NON

.....  
 .....  
 .....

- 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"/>	Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aiguë  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons 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"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

	OUI	NON
Ports de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :**

.....  
 .....  
 .....

**4. RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM ..... PRENOM .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL ..... TEL PORTABLE .....  
 NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc...) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

# INFORMATIONS CONCERNANT UNE DEMANDE D'INSCRIPTION

Ce dossier unique de demande d'inscription vous permet d'inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

- Au périscolaire matin et soir
- A l'accueil de loisirs des mercredis
- A l'accueil de loisirs des vacances scolaires

**Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété, accompagné des justificatifs demandés et de son règlement, avant le vendredi 29 juin 2018.**

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité**

## Pièces à fournir obligatoirement :

- Photo d'identité
- Photocopie du carnet de vaccinations (p.90, 91, 92, 93, 94 et 95)
- Attestation d'assurance responsabilité civile 2018/2019
- Photocopie des justificatifs de revenus :
  - Fiches de paies de décembre 2017 (des deux parents)
  - Avis d'imposition 2018 sur l'année 2017
- Formulaire de prélèvement SEPA ainsi qu'un RIB (uniquement pour les règlements mensuels)
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde

## Adhésion au Centre Rotterdam :

- Une nouvelle inscription ne peut être effective qu'après paiement de l'intégralité des prestations périscolaires auxquelles vous étiez inscrits pour l'année scolaire précédente.
- Une nouvelle inscription ne peut être effective qu'après avoir fourni toutes les pièces demandées (avis d'imposition n°1, bulletin de salaire du mois de décembre n-1 (pour les personnes non-imposables en France) ou tout autre justificatif nécessaire au renseignement de votre dossier d'inscription.

## Le Périscolaire :

- Les inscriptions au Périscolaire se font soit à l'année, soit au trimestre. Pour tout renouvellement ou changement de forfait, veuillez nous prévenir le mois précédent le début du trimestre.
- Les soirées exceptionnelles devront être signalées soit par téléphone au 03.88.41.18.63, soit par courriel : [clshrotterdam@free.fr](mailto:clshrotterdam@free.fr) ou en se présentant directement au bureau du périscolaire.
- Les horaires du Périscolaire sont : Du lundi au vendredi de 7h45 à 8h20 et de 15h40 à 18h15 (sauf mercredi). Tout retard sera facturé (5 € le quart d'heure entamé).

## L'accueil de Loisirs (Mercredis et Vacances scolaires) :

- Les inscriptions à l'Accueil de Loisirs se font indépendamment des inscriptions du Périscolaire (matin et soir). Elles pourront être effectuées à l'année, au mois, ou à la séance.
- Chaque inscription sera prise en compte si elle est effectuée au minimum 1 semaine à l'avance, (par téléphone au 03.88.41.18.63, courriel au [clshrotterdam@free.fr](mailto:clshrotterdam@free.fr) ou au bureau du Périscolaire), dans la limite des places disponibles.
- Toute absence non-prévue au minimum 48h avant la séance sera facturée (sauf présentation d'un certificat médical).
- Les horaires de l'Accueil de Loisirs sont : **Mercredi**, de 11h30 à 17h. Départ échelonné jusqu'à 18h15. **Vacances scolaires** de 7h45 à 18h15. Tout retard sera facturé (5 € le quart d'heure entamé).

## Paiements :

- Les règlements doivent être effectués au moment de l'inscription.

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal) .....

**Autorise mon enfant :** .....

- A être maquillé dans le cadre d'activités.  
 **Oui**  **Non**
  
- A être photographié ou filmé individuellement ou en groupe dans le cadre des activités. Ces photos ou vidéos pourront être diffusé librement par le Centre Rotterdam.  
 **Oui**  **Non**
  
- A prendre le bus, le minibus ou les transports en commun afin de participer aux activités organisées à l'extérieur des structures d'accueil.  
 **Oui**  **Non**
  
- J'autorise les personnes désignées ci-dessous à récupérer mon enfant.

NOM	Prénom	Lien de Parenté	N° de téléphone

*Une pièce d'identité peut être demandée à ces personnes*

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à partir de .....h.....  
 **Oui**  **Non**
  
- **Je n'autorise pas** les personnes désignées ci-dessous à récupérer mon enfant.

NOM	Prénom	Lien de Parenté	N° de téléphone

Fait à .....  
Le .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

ASS CCSR  
2 Rue de Douai

67000 STRASBOURG  
tel : 03.88.41.18.63

**Formulaire de demande et d'autorisation de  
prélèvement ou de changement de coordonnées  
bancaires**

Complétez et signez les deux parties de ce formulaire, n'oubliez pas  
de joindre votre RIB

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

**Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à : ASS CCSR**

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____		DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (nom de la banque de l'abonné) Nom de la banque : _____								
COMPTES A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td>         </td><td>         </td><td>                             </td><td> </td></tr></tbody></table>		Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé					NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  <b>ASS C C S R 42, RUE D'YPRES 67000 STRASBOURG</b>
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé							

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 et à la délibération n°80 du 01/04/1980 de la commission informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de **ASS CCSR** à l'adresse ci-dessus.

**Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à la banque**

<b>AUTORISATION DE PRELEVEMENT</b> J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.		NUMERO NATIONAL D'EMETTEUR								
NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____		NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  <b>ASS C C S R 42, RUE D'YPRES 67000 STRASBOURG</b>								
COMPTES A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td>         </td><td>         </td><td>                             </td><td> </td></tr></tbody></table>		Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé					DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER banque : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé							

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à **ASS CCSR**  
avec les 2 signatures, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)