

Photo
d'identité

Périscolaire matin Périscolaire soir
Mercredis Vacances
Régime alimentaire : Végétarien Sans porc

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

Classe : Salle :

Enseignant : Ecole :

Langues étrangères parlées : Allemand Anglais Autres :

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS ROTTERDAM

DOSSIER VALABLE DU 1^{er} SEPTEMBRE 2017 AU 31 AOÛT 2018

Pièces à fournir obligatoirement :

- Photo d'identité
- La fiche sanitaire complétée et signée
- La photocopie du carnet de vaccination
- Les photocopies des justificatifs de revenus :
 - Fiches de paies de décembre N-1 (des deux parents)
 - Avis d'imposition de l'année N
- L'attestation d'assurance scolaire de l'enfant
- Le formulaire de prélèvements automatiques ainsi qu'un RIB (*uniquement pour les règlements mensuels*)

**L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT SERA ENREGISTREE SEULEMENT
APRES RECEPTION DU DOSSIER COMPLET ACCOMPAGNE DE SON
REGLEMENT.**

FICHE DE RENSEIGNEMENT

(Merci de remplir le formulaire EN LETTRES MAJUSCULES)

Nom de l'enfant :	Prénom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance :/...../.....	Nationalité :	
Adresse de l'enfant :		
Code Postal :	Ville :	

	<u>Responsable légal 1</u>	<u>Responsable légal 2</u>
<i>Nom</i>		
<i>Prénom</i>		
<i>Adresse</i>
<i>N° Tel Privé</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>N° Tel Portable</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>N° Tel Travail</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>Profession</i>		
<i>Employeur</i>		
<i>Adresse e-mail</i>@.....@.....

Régime Allocataire : <input type="checkbox"/> Régime Général	Numéro d'Allocataire C.A.F. : _____
<input type="checkbox"/> Fonction Publique	Nombre d'enfant(s) à charge : __
<input type="checkbox"/> M.S.A. <input type="checkbox"/> Autres Régimes	<input type="checkbox"/> Conseil de l'Europe

AUTORISATION :
Je (nous) soussigné (s), _____
<input type="checkbox"/> Autorise/autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorise/n'autorisons pas
le Centre Rotterdam à diffuser librement l'image (sous forme de photo ou de vidéo)

Fait le
A

Signature :



1 - ENFANT

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES, ASTHME, ALIMENTAIRES, VARICELLE, OTITE, ANGINE, ROUGEOLE, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, OREILLONS, SCARLATINE.

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 PARCOURANT 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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

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

AUTORISATION DE SORTIE

Nom de l'enfant : Prénom : Classe :

Les enfants inscrits au Centre Rotterdam (périscolaire, extrascolaire, ou centre de loisirs) sont confiés aux familles ou aux personnes nommément désignées par écrit ci-dessous, par les parents.

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

Je soussigné(e)....., autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Lien de Parenté	N° de téléphone

- J'autorise à partir deh.....
 - Je n'autorise pas
- Mon enfant à rentrer seul à la maison.

Fait le
 A.....

Signature :

CHARTRE D'ENGAGEMENT

Centre Culturel et Social Rotterdam

Année Scolaire 2017 - 2018

1) 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.

2) 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 ou en se présentant directement au bureau du périscolaire.
- Les paiements pour le Périscolaire se feront :
 - Par prélèvement bancaire (pour cela, merci de remplir le formulaire de prélèvement automatique et de le joindre à votre dossier) / Paiement mensuel
 - Par chèque bancaire, à l'ordre du Centre Rotterdam / Paiement trimestriel ou annuel
 - Ou soit par espèces.
- 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).

3) 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 24h à l'avance, (par téléphone au 03.88.41.18.63, courriel au clshrotterdam@free.fr ou au bureau du Périscolaire), dans la limite des places disponibles. Passé ce délai, l'inscription ne pourra être effectuée que par une personne se présentant directement au bureau du Périscolaire.
- Les règlements pour l'accueil de loisir se feront :
 - Par prélèvement bancaire (pour cela, merci de remplir le formulaire de prélèvement automatique et de le joindre à votre dossier) / Paiement mensuel
 - Par chèque bancaire, à l'ordre du Centre Rotterdam / Paiement trimestriel ou annuel
 - Ou soit par espèces.
- Toute absence non-prévenue 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).

Je m'engage à respecter cette charte.

Strasbourg le :

Signature :

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)		DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (nom de la banque de l'abonné)	
Nom : _____		Nom de la banque : _____	
Prénom : _____			
Adresse : _____			
Code postal : _____ Ville : _____			
COMPTE A DEBITER			
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

ASS C C S R
42, RUE D'YPRES
67000 STRASBOURG

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

AUTORISATION DE PRELEVEMENT 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 ET ADRESSE DU CREANCIER	
Nom : _____		ASS C C S R 42, RUE D'YPRES 67000 STRASBOURG	
Prénom : _____			
Adresse : _____			
Code postal : _____ Ville : _____			
Code postal : _____ Ville : _____			
COMPTE A DEBITER			
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER			
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé
		banque : _____	
		Adresse : _____	
		Code postal : _____ Ville : _____	

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.)