

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Valable du 1<sup>er</sup> Septembre 2020 au 31 Juillet 2021

NOM :	<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire	Classe :
Prénom :		(Pour l'année 2020/2021)
Date de Naissance :		<input type="checkbox"/> Périscolaire Matin : <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve
Adresse :		<input type="checkbox"/> Périscolaire Soir : <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Accueil des Mercredis : <input type="checkbox"/> Sieste (pour les maternelles) <input type="checkbox"/> Accueil des Vacances

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nombre d'enfants à charge dans le foyer :	
Régime de protection sociale : <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres :	
Numéro allocataire CAF :	Coefficient Familial :

Représentant légal 1	Représentant légal 2
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 2020 à Juillet 2021

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 :	

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		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres :		

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
NORMAL	
SANS PORC	
VEGETARIEN	

- 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 29 mai 2020.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE 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 2020/2021
- Photocopie des justificatifs de revenus :
  - Fiches de paies de décembre 2020 (des deux parents)
  - Avis d'imposition 2020 sur l'année 2019
  - Attestation quotient familial
- 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 par courriel : [clshrotterdam@free.fr](mailto:clshrotterdam@free.fr) ou en se présentant directement au bureau du périscolaire.
- 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 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 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.

Signature :

## 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 :																																								
COMPTE 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><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</b> <b>42, RUE D'YPRES</b> <b>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</b> <b>42, RUE D'YPRES</b> <b>67000 STRASBOURG</b>
---	--

### COMPTE A DEBITER

COMPTE 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><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.)

# GRILLE DES TARIFS 2020/2021

## CENTRE CULTUREL ET SOCIAL ROTTERDAM

### CONSEIL DES XV

#### ADHESION ANNUELLE 5€

Grille (le montant des allocations familiales plus les revenus brut annuel avant la déduction des 10% divisés par nombre de parts fiscales)	QF 1 -6000/an -500/mois	QF 2 -12000/an -1000/mois	QF3 18000/an -1500/mois	QF4 24000/an -2000/mois	QF5 30000/an -2500/mois	QF6 36000/an -3000/mois	QF7 42000/an -3500/mois	QF8 42000/an 4000/mois
---	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

#### PERISCOLAIRE MATIN

Tarif annuel	132,00 €	158,00 €	174,00 €	191,00 €	210,00 €	231,00 €	254,00 €	280,00 €
Tarif mensuel	13,20 €	15,80 €	17,40 €	19,10 €	21,00 €	23,10 €	25,40 €	28,00 €
Occasionnel	4 €							

#### PERISCOLAIRE SOIR

Tarif annuel	395,00 €	480,00 €	530,00 €	588,00 €	645,00 €	706,00 €	740,00 €	775,00 €
Tarif mensuel	39,50 €	48,00 €	53,00 €	58,80 €	64,50 €	70,60 €	74,00 €	77,50 €
Occasionnel	7 €							

#### MERCREDI 7h45 - 18h15

Plein tarif	12,00 €	13,20 €	14,50 €	16,00 €	17,50 €	19,50 €	21,50 €	23,50 €
Ville 0,75	11,25 €	12,45 €	13,75 €	15,25 €	16,75 €	18,75 €	20,75 €	22,75 €
CAF 1,64	10,36 €	11,56 €	12,86 €	14,36 €	15,86 €	17,86 €	19,86 €	21,86 €
Ville + CAF 2,39	9,61 €	10,81 €	12,11 €	13,61 €	15,11 €	17,11 €	19,11 €	21,11 €
Repas	5 € (Remboursable si désistement au plus tard le jeudi précédent)							

#### VACANCES SCOLAIRES 7h45 - 18h15 (Tarif pour une semaine de 5 jours)

Plein tarif	60,00 €	66,00 €	72,50 €	80,00 €	87,50 €	97,50 €	107,50 €	117,50 €
Ville 0,75	56,25 €	62,25 €	68,75 €	76,25 €	83,75 €	93,75 €	103,75 €	113,75 €
CAF 1,64	51,80 €	57,80 €	64,30 €	71,80 €	79,30 €	89,30 €	99,30 €	109,30 €
Ville + CAF 2,39	48,05 €	54,05 €	60,55 €	68,05 €	75,55 €	85,55 €	95,55 €	105,55 €
Repas	5 € / repas, soit 25 € la semaine de 5 jours							