



Association d'Education Populaire St Ignace  
15 chemin du kammerhof  
67100 STRASBOURG

03 88 79 06 59

email : [contact@aepstignace.fr](mailto:contact@aepstignace.fr)

web : <http://www.aepstignace.fr>

## DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020

### Enfant à inscrire :

---

Nom :

Adresse :

Prénom :

Date de naissance : ...../...../.....

Code postal :

Sexe :        féminin     masculin

Ville :

### Parents ou responsables légaux :

---

Parents ou représentant légal – 1

Parents ou représentant légal – 2

Madame  Monsieur  Personne Morale

Madame  Monsieur  Personne Morale

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Tel domicile :

Tel dom :

Tel portable :

Tel port. :

Tel pro :

Tel pro :

Mail :

Mail :

**Attention :**

**Veillez communiquer tout changement de coordonnées, de situation intervenant au cours de l'année scolaire de votre enfant**

## INSCRIPTION PERISCOLAIRE et ACCUEIL DE LOISIRS

Pour inscrire vos enfants, cochez les cases correspondant à ce que vous souhaitez.

### Accueil Périscolaire :

---

#### Avant la classe :

Accueil du matin à partir de 7h30

#### Après la classe :

Accueil de soir jusqu'à 18h

Option jusqu'à 18h30

### Accueil de loisirs :

---

Les mercredis toute la journée

Les mercredis après la classe

- Ecole Neuhof A
- Ecole du Stockfeld

Les vacances

### Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

*La personne doit venir munie de sa carte d'identité.*

---

Prénom et Nom	Lien avec l'enfant	Date de naissance	Adresse	Téléphone

J'autorise ma fille / mon fils à rentrer seul le soir ? Oui  Non

Fait à Strasbourg le,

Signature (s) :

### PIECES A FOURNIR

---

Pour tous les accueils :

---

	Colonne validation AEP
Fiche sanitaire remplie (voir annexe)	<input type="checkbox"/>
Carnet de vaccinations	<input type="checkbox"/>
Une attestation Assurance civile	<input type="checkbox"/>
Avis d'imposition	<input type="checkbox"/>
Un chèque d'adhésion de 15€ pour une famille qui fréquente l'AEP St Ignace pour la première fois.	<input type="checkbox"/>
Pour les enfants inscrits au périscolaire, fournir 2 chèques pour les deux premières période (5 dans l'année), voir tarif ci-dessous.	<input type="checkbox"/>

## Tarifs :

---

### Accueil périscolaire :

L'année scolaire est divisée en 5 périodes. Au moment de l'inscription, il vous est demandé de faire 2 chèques correspondants aux deux premières périodes, le premier sera encaissé en septembre 2018 et le second en novembre 2018. Il vous sera demandé 3 autres chèques au cours de l'année.

Vous trouverez ci-dessous le prix pour une période :

Accueil du matin de 7h30 à 8h20	70 €
Accueil du soir de 15h45 à 18h	60 €
Accueil du soir de 18h à 18h30	13,50 €

### Accueil de loisirs (mercredi et vacances)

Le prix de l'accueil de loisirs a été fixé selon les revenus des parents. Une fois l'inscription administrative faite par ce dossier, il est possible de réserver les dates par demi-journée, par journée entière, avec ou sans repas.

Tranches	½ Journée	Journée	Repas
de 6011 à 11991 €	6,50 €	9,50 €	6,20 €
de 11 992 à 26 631 €	8 €	12 €	6,20 €
de 26 632 à 71 397 €	9 €	13 €	6,20 €
plus de 71 398 €	10 €	15 €	6,20 €

*Tranches calculées selon les barèmes CAF.*

**Toute réservation faite pour l'accueil de loisirs sera facturée**

## Droit à l'image :

---

J'autorise l'équipe d'animation à prendre en photo ou en vidéos mon enfant :

- Détention, mise en place d'exposition      Oui  Non
- Diffusion via la page Facebook de l'AEP      Oui  Non
- Diffusion au sein du livret de présentation de l'AEP St Ignace Oui  Non
- Diffusion via le site web [www.aepstignace.fr](http://www.aepstignace.fr) Oui  Non

## Assurance :

---

- Assurance responsabilité civile :
- Numéro de téléphone :
- Numéro de contrat :
- Date d'échéance :

Fait à Strasbourg le

Signature du (des) parent(s) :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**Régime alimentaire spécifique :**  Standard  Végétarien  
 Sans porc  Allergies :

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours** oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

### 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM .

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

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

*Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :