 

**Association Solidarité Jeunesse Grandes Carrières**

174 rue Championnet – 75018 Paris

 : asjgc18@gmail.com Tél  : 06 85 58 00 58

 **Fiche d’inscription à l’Accueil Sainte Geneviève**

 **Année scolaire 2023-2024**

L’association Solidarité Jeunesse Grandes Carrières organise depuis plusieurs années un accueil le mercredi pour les enfants de 6 à 12 ans du primaire dans les locaux de la Maison Paroissiale de la Paroisse Sainte Geneviève des Grandes Carrières dans le 18ème.

te

Tous les enfants sont les bienvenus ! Peu importe leur appartenance ethnique, religieuse, culturelle ou sociale, nous mettons un point d’honneur à accueillir chacun dans son individualité et à tisser un lien de confiance avec les enfants et leurs familles.

Dans un esprit de solidarité, la contribution des familles est proportionnelle à leur quotient familial.

Des activités sportives conduites en partenariat avec le centre « Championnet Sports » sont proposées aux familles avec une possibilité d’accueil toute la journée de 08h30 jusqu’à 18h ou en demi-journée à partir de 12h00 avec un pique-nique apporté par les enfants dans les 2 cas .

L’accueil du mercredi est construit autour d’un projet éducatif mené autour de plusieurs objectifs. En voici les plus importants :

te

* Apprendre à se respecter soi-même, apprendre à respecter les autres,
* Apprendre à respecter les règles de vie commune
* Apprendre à servir, et à grandir en responsabilité
* S’initier à la vie intérieure et spirituelle

L’accueil du mercredi offre également, aux familles qui le souhaitent, la possibilité d’une aide aux devoirs de leur enfant. Cette aide aux devoirs est assurée par des adultes bénévoles en liaison directe avec les familles pour préciser d’un commun accord le besoin de cette aide.

PJ : Reglement intérieur du Centre de Loisirs

**INSCRIPTION A l’ACCUEIL DE LOISIRS**

 **J’inscris mon enfant à l’Accueil Sainte Geneviève  :**

 **Nom : Prénom : Date de naissance :**

 **Etablissement scolaire : Classe :**

⬜ **le mercredi de 8h30 à 18h** ⬜ **le mercredi de 12h30 à 18h**

Je souhaite qu’il participe à **une** des activités sportives suivantes (1er choix) **:**

⬜ Multisports (avec escalade, uniquement le matin et pour enfants 6/10 ans)

 ⬜ Judo  ⬜ Athlétisme

⬜ Football (sur sélection après test, garçon ou filles  ⬜ Aikido

 ⬜ Basketball (sur sélection après test)  ⬜ Gym rythmique

 ⬜ Danse classique

Inscrire **le sport de second choix** retenu en cas de saturation du 1er choix : ……………………………………………

La sélection finale de l’activité sportive accordée respectera l’ordre temporel de réception des demandes d’inscription des familles. Une priorité est également donnée à la poursuite de la discipline sportive pratiquée l’année précédente.

Aide aux devoirs de 17h à 18h : oui ⬜ non ⬜

**J’adhère au projet éducatif de l’Accueil Sainte Geneviève et je m’engage sur l’assiduité de mon enfant sur les activités proposés et l’activité sportive retenue et l’aide aux devoirs si sélectionnée** ⬜

**Grille tarifaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quotient familial** | **Cotisation annuelle après-midi** | **Cotisation annuelle journée** |
| 000 < QF < 900€ | 160 € | 320 € |
| 900€ < QF < 1800 € | 280 € | 560 € |
| 1800 € < QF < 2500€ et + | 400 € | 800 € |
| **Réduction 10% par enfant supplémentaire au sein d’une même famille****La question financière ne doit pas être un obstacle à l’inscription d’un enfant** |

***Je règle par chèque à l’ordre de ASJGC*** ⬜  ***virement (préciser le nom de l’enfant)*** ⬜  ***sur place en espèces*** ⬜

Consignes d’inscription : tout dossier doit être complet pour être pris en compte

Compléter et signer la fiche d’inscription,

Compléter et signer la fiche sanitaire de liaison,

Joindre une photocopie de l’attestation d’assurance scolaire ou de la responsabilité civile familiale,

Joindre votre attestation CAF,

Joindre et signer les 2 autorisations parentales : de sortie et de droit à l’image

Joindre votre règlement,

Déposer le dossier complet dans la boite aux lettres de la paroisse Sainte Geneviève des Grandes Carrières (174 rue Championnet) ou l’envoyer par courriel : asjgc18@gmail.com

*Cadre réservé à l’association*

Montant total : reçu le :

Correspondant au nombre d’enfants :

Mode de règlement : ………………………………………….

Traitement des données personnelles : Elles ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs. Conformément à la Loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, la personne signataire de ce document bénéficie d'un droit d'accès, de rectification de vos données, d'un droit d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'oubli et à la portabilité des informations qui la concernent. La personne signataire peut exercer ces droits en s'adressant à "ASJGC – 174 rue Championnet - 75018 Paris" ou à asjgc@sfr.fr, en joignant une photocopie de votre pièce d’identité.

# Autorisation parentale

Je soussigné, (Nom Prénom) ……………………………………………………………… agissant en qualité de *mère – père – tuteur* (rayer les mentions inutiles), inscris mon enfant (Prénom)

…………………………………… aux activités de l’ASJGC organisées le mercredi et éventuellement aux ateliers de loisir organisés pendant les petites vacances scolaires de la Toussaint et de Février .

*J’autorise – Je n’autorise pas* (rayer la mention inutile) l’Association à photographier, filmer et à utiliser l’image et le son de mon enfant pour ses besoins d’informations et de communications.

*J’autorise – Je n’autorise pas* (rayer la mention inutile) mon enfant à partir seul à la fin de la journée. J’autorise Monsieur/Madame à récupérer mon fils/ma fille à la fin de la

 journée.

 *J’autorise – Je n’autorise pas* (rayer la mention inutile) l’accompagnateur de l’association ou du club sportif « Championnet Sports » à conduire mon enfant sur le lieu de déroulement de l’activité sportive (Stade Jesse Owen ou Dauvin)

Fait le ……………………… à ,

Signature :

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …….

Informations complémentaires

Votre enfant présente t’il des particularités que vous souhaitez porter à notre attention (TSA, HPI etc

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

N° 10008\*02

Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

1. - **ENFANT**

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L’ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L’ANNÉE SCOLAIRE.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

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

### - 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLEOUI NON | VARICELLEOUI NON | ANGINEOUI NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜOUI NON | SCARLATINEOUI NON |
| COQUELUCHEOUI NON | OTITEOUI NON | ROUGEOLEOUI NON | OREILLONSOUI NON |  |

**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 PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

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

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

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

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

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

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

### - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

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

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

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

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

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

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

### - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ........................................................................................................... PRÉNOM ..............................................................

ADRESSE : ...............................................................................................................................................

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

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

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

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

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

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

### OBSERVATIONS

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

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

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

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

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

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

**AUTORISATION POUR LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES**

**Je soussigné** : **Autorise la FONDATION NOTRE DAME** :

Nom 10 rue du Cloître Notre-Dame Prénom 75004 Paris

Adresse : T: 01 78 91 91 90

................................................................................................................................................................................... Code postal : ...................... Ville : .............................................

Téléphone : ...................................... Fax : ................................

A me photographier et à utiliser mon image pour les besoins de communication de la Fondation Notre Dame A photographier et à utiliser l'image de mon enfant mineur dont le

nom est : ...................................................................................

né le : ............................................................................................

et demeurant à : ...........................................................................

A photographier et à utiliser l'image de mon bien. description : ..................................................................................

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

**Date :** .................................................................................................

**Lieu :** ..................................................................................................

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans aucune limitation, pour une durée de (rayer et remplacer par la nouvelle durée si elle est différente) : 99 ans intégralement ou par extraits, et notamment pour :

* Publication de supports de communication papier (dépliants, publicités, annonces)
* Publication électronique (site web)

**Conditions** :

1. **-** Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.
2. **-** Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à votre disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et

mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

**Signé par les deux parties, pour accord.**

A le

A le