



www.agen.fr

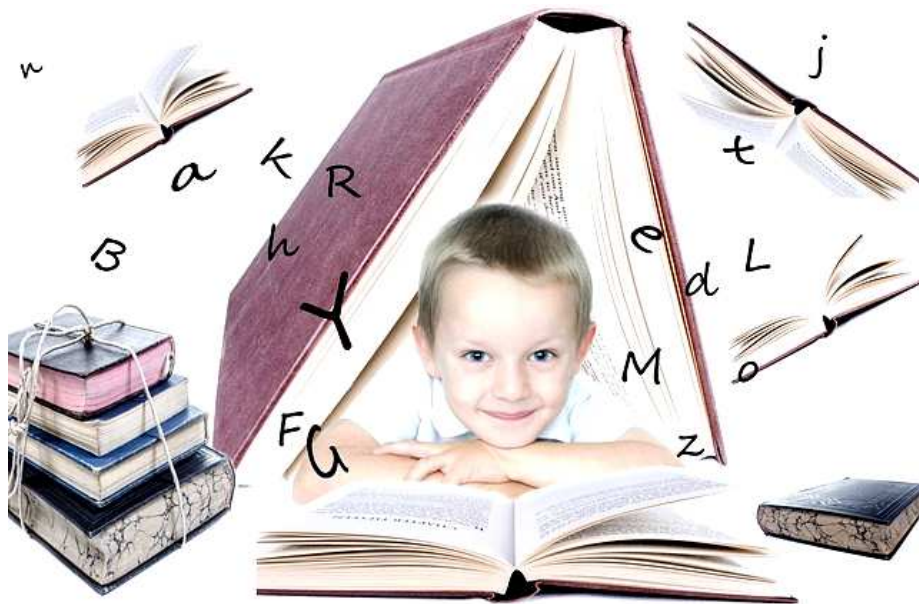
Maison Montesquieu

Centre Social Centre-ville

C.L.A.S.

Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis
de 17h30 à 19h15



Dossier d'inscription Collège

Année scolaire 2018/2019



Etat civil de l'enfant :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone 1:

Téléphone 2:

Coller Une Photo

Renseignements administratifs :

Numéro CAF ou MSA :

Numéro Sécurité Sociale :

Numéro Police d'Assurance :

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

Parent(s) de l'enfant ou responsable légal :

Père :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

Tél. fixe :

portable :

Tél. pro :

Mère :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

Tél. fixe :

portable :

Tél. pro :

Pièces justificatives à fournir :

- Copie de l'attestation CAF
- Copie de l'attestation d'assurance extrascolaire
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie des doubles pages de vaccination du carnet de santé

Renseignements :

- Adresse : Maison Montesquieu 65 rue Montesquieu 47000 AGEN
- Téléphone : 05 53 66 12 56 - 06 70 54 86 75
- E-mail : clasagen@gmail.com

Autorisation parentale

Je soussigné (e), M., Mme _____

Responsable légal de l'enfant _____

Médecin traitant (nom + n° tel) _____

(En cas de désaccord avec une des mentions, merci de la rayer)

- *M'engage à couvrir mon enfant dans le cadre des assurances sociales et complémentaires lui garantissant une indemnisation totale dans l'hypothèse d'un dommage corporel ou autre, du fait de sa qualité de membres participant à ce centre de loisirs, qui à pour effet de l'exclure de la couverture d'assurance responsabilité civile souscrite par les Communes.*
- Autorise mon enfant à participer aux animations du Centre Social.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures d'activités auxquelles est inscrit l'enfant.
- Autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident, en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par eux en raison des soins engagés.
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison
- Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre du CLAS.
- Autorise mon enfant à être transporté en minibus par les agents de la ville d'Agen
- Autorise le Centre Social à utiliser, à titre gratuit et de façon permanente, les images qui concernent mon enfant, réalisées pour les différents supports de communication (audio, vidéo, Internet...). Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis à vis de la personne représentée.

Le dossier d'inscription est valable jusqu'à la fin de l'année scolaire (juin 2019).

Cette inscription sera obligatoirement à reconfirmer au début de chaque trimestre (décembre 2018 et mars 2019).

Votre présence sera nécessaire lors de ces temps de confirmation, pour rencontrer l'équipe d'animation et assurer le suivi de votre enfant.

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement du Centre Social.

A _____, le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Contrat Local Accompagnement à la Scolarité (CLAS) de 17h30 à 19h15

Classe :

Etablissement scolaire :

Professeur principal :

Jours d'inscription

Le choix des jours est définitif pour le trimestre

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

| Frères et Sœurs scolarisés | Etablissement scolaire | Classe |
|----------------------------|------------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Pratiques scolaires, culturelles et sportives

Fréquentes-tu l'étude surveillée de ton école ? : **oui/non**

Si oui, Quels jours ?

As-tu une aide personnalisée dans ton école ? : **oui/non**

Si oui, Quels jours ?

As-tu une aide personnalisée à domicile ? : **oui/non**

Si oui, Quels jours ?

Pratiques-tu une activité sportive en club en dehors de l'école ? **oui/non**

Laquelle ?

Quels jours ?

Pratiques-tu une activité culturelle en dehors de l'école ? : **oui/non**

Laquelle ?

Quels jours ?

INFOS PRATIQUES : Le CLAS est un lieu ouvert aux parents qui souhaitent participer avec leurs enfants.

Attentes de l'enfant et des parents

L'enfant sera inscrit et fréquentera l'accompagnement scolaire pour :

- Trouver un lieu calme et propice à la réalisation du travail scolaire
- Trouver une aide méthodologique pour organiser son travail
- Faire les devoirs, être aidé à comprendre et progresser
- Participer à des activités éducatives
- Autre -----

Le Contrat

1. Les engagements du jeune

- Se munir de son cahier de textes ou agenda, du matériel scolaire nécessaire
- Respecter le lieu et le calme
- Respecter les autres élèves présents et l'ensemble du personnel éducatif
- Informer le référent du site de sa progression et de ses résultats scolaires

2. Les engagements du parent

- Venir inscrire leur(s) enfant(s) au début de chaque trimestre
- Participer aux différents temps de réunions et de regroupements du dispositif
- Prévenir en cas d'absence de l'enfant
- Informer le référent du site de la progression de l'enfant et de son comportement

3. Les engagements de l'accompagnement scolaire

- Mettre en application les missions définies par la charte du CLAS
- S'inscrire dans une attitude éducative
- Etablir un lien avec les parents
- Développer avec les enseignants des outils de suivi partagé
- Mettre en œuvre tous les moyens pour favoriser la réussite scolaire et l'épanouissement personnel de l'enfant
- Formaliser de temps en temps des rencontres régulières entre les professeurs et le responsable du CLAS

Signatures

la famille

l'enfant

le référent

l'établissement scolaire

Autorisation Parentale

Je soussigné (e), M., Mme _____
Responsable légal de l'enfant _____
Médecin traitant (nom + n° tel) _____

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

_____ Tel 0 / / / / /
_____ Tel 0 / / / / /
_____ Tel 0 / / / / /

(En cas de désaccord avec une des mentions, merci de la rayer)

- *M'engage à couvrir mon enfant dans le cadre des assurances sociales et complémentaires lui garantissant une indemnisation totale dans l'hypothèse d'un dommage corporel ou autre, du fait de sa qualité de membres participant à ce centre de loisirs, qui à pour effet de l'exclure de la couverture d'assurance responsabilité civile souscrite par les Communes.*
- Autorise mon enfant à participer aux animations proposées par le Centre Social dans le cadre de son accompagnement à la scolarité
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures d'activités auxquelles est inscrit l'enfant.
- Autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident, en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par eux en raison des soins engagés.
- Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre du CLAS.
- Autorise mon enfant à être transporté en minibus par les agents de la ville d'Agen
- Autorise le Centre Social à utiliser, à titre gratuit et de façon permanente, les images qui concernent mon enfant, réalisées pour les différents supports de communication (audio, vidéo, Internet...). Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis à vis de la personne représentée.
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison **oui/non**
- Autorise l'établissement scolaire de mon enfant à me transmettre ses codes d'accès à l'ENT.

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement du Contrat Local d'Accompagnement à la scolarité

A _____, le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



www.agen.fr

Maison Montesquieu Centre Social Centre-ville 2018/2019

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| 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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs : 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 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"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE 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"/> | OREILLONS 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

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 COMPLÉMENTAIRES (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 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

ADRESSE :

TÉL: DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e),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 :