

NOM :
PRENOM :
CLASSE :
Etablissement scolaire :

Maison Pour Tous de la Masse

Dossier d'inscription
Accompagnement Scolaire/Aide aux devoirs
Ce dossier d'inscription est valable
jusqu'au **17 juin 2022**



IDENTITE JEUNE

- ❖ **Nom et prénom :**
- ❖ **Date et lieu de naissance :**
- ❖ **Adresse :**
- ❖ **Téléphone :**
- ❖ **Adresse mail :**

RESPONSABLE(S) LEGAL (aux)

	Père	Mère
Nom / Prénom		
Adresse		
Numéro de téléphone fixe		
Numéro de téléphone portable		

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- La dernière attestation de la CAF ou MSA**
- L'attestation d'assurance extrascolaire ou individuelle accident**
- L'attestation de sécurité sociale**
- Une copie du carnet de santé (doubles pages vaccination)**
- Une fiche sanitaire complétée**
- Une autorisation de sortie dans le cadre de l'organisation d'activités extérieures**
- Une autorisation de droit à l'image**
- Une autorisation d'hospitalisation et de soins d'urgence**

**PERSONNE (S) MAJEURE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE EN DEHORS
DES PARENTS**

1.

Nom / Prénom :

Numéro de téléphone :

2.

Nom / Prénom :

Numéro de téléphone :

3.

Nom / Prénom :

Numéro de téléphone :

Autorisation parentale

- Je soussigné (e), Mr, Mme :
- Responsable légal de l'enfant :

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

- Je m'engage à couvrir mon enfant dans le cadre d'assurance extrascolaire ou individuelle accident lui garantissant une indemnisation totale dans l'hypothèse d'un dommage corporel ou autre.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties sportives, culturelles, de loisirs organisées dans le cadre de l'accompagnement scolaire.
- Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures d'inscriptions à l'accompagnement scolaire.
- J'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 en raison des soins engagés.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison **(si collégiens uniquement)**.
- J'autorise mon enfant lors des sorties organisées dans le cadre de l'accompagnement scolaire à être conduit en minibus par les agents de la ville d'Agen **ou** utiliser les transports en commun **ou** être transporté par une entreprise de bus.
- J'autorise La Maison Pour Tous de La Masse à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre d'activités extra scolaires; reproduire et diffuser en partie ou en totalité ces images sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique, site internet de la ville etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.).
- J'autorise les organisateurs à récupérer mon enfant à la sortie de l'école dans le cadre du Pédibus afin de l'amener sur le site de l'accompagnement scolaire à proximité de l'école (Centre Social Maison Pour Tous de La Masse Local du Moulin ou Ancien appartement de fonction école de Bézis).

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement de l'Accompagnement Scolaire de la Maison Pour Tous de la Masse

A _____, le _____

Signature du responsable légal de l'enfant
Précédée de la mention « lu et approuvé >>

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)

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accompagnement à la scolarité :

➤ 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.

ALLERGIES :

ASTHME oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non

AUTRES (PRÉCISEZ 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 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 :

.....
.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

- **NOM :**
- **TEL PORTABLE:**
- **TEL DOMICILE :**

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 :

CONTRAT D'ENGAGEMENT

• Le Jeune :

Je m'inscris à l'accompagnement à la scolarité, je m'engage à :

- Etre présent sur les temps de l'accompagnement scolaire.
- Noter clairement et complètement mes devoirs sur mon cahier de texte ou agenda.
- Avoir mes affaires scolaires.
- Respecter les lieux.
- Respecter les accompagnateurs.
- Respecter mes camarades.
- Participer aux activités ludiques proposées par les accompagnateurs.

Signature :

• Le(s) Parent (s):

J'inscris mon enfant à l'accompagnement à la scolarité, je m'engage à :

- Lui poser régulièrement des questions sur ce qu'il apprend à l'école et à manifester notre intérêt.
- Avoir un lien régulier avec les accompagnateurs de l'accompagnement scolaire.
- Participer aux temps de réunions (renouvellement des inscriptions)
- Participer aux ateliers parents / enfants.
- **Prévenir en cas d'absence de l'enfant.**

Signature :

• L'organisateur:

S'engage à :

- Accompagner de la meilleure façon les enfants dans leur organisation du travail scolaire.
- Etablir un lien quotidien avec les parents.
- Proposer des activités culturelles sportives aux enfants.
- Mettre en œuvre tous les moyens pour favoriser la réussite scolaire et l'épanouissement personnel de l'enfant.
- Avoir un lien avec les établissements scolaires.

Signature :

SERVICE Politique de la ville
CENTRE SOCIAL MAISON POUR TOUS DE LA MASSE
CLAS 2021/2022

Objet : décharge de responsabilité CLAS

- Je soussigné(e) responsable légal :
- Habitant à :
- Autorise mon enfant :

à quitter seul les locaux du dispositif CLAS.

- avant 19 h 00 : mardi/ jeudi (rayer les mentions inutiles)
- Seul : mardi/ jeudi (rayer les mentions inutiles)

et, déclare dégager de toutes responsabilités la Mairie d'AGEN en cas d'incident de toute nature que ce soit.

Cette mesure est valable durant l'année scolaire 2021/2022.

Fait à AGEN, le :

Signature du représentant légal :
(précédée de la mention lu et approuvé)

.....