Maison Montesquieu

Centre Social Centre-ville

CLAS COLLEGE

Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité

Dossier d'inscription

2021/2022

Trimestre □ 1 /□ 2 /□ 3

Dossier complet :

- ☐ attestation
  ○ CAF ○ MSA
- ☐ attestation d'assurance extrascolaire ou individuelle accident
- ☐ attestation de sécurité sociale
- ☐ Copie doubles pages de vaccination du carnet de santé
- ☐ fiche sanitaire
- ☐ Engagement COVID
- ☐ Autorisation droit à l'image
  OUI NON
- ☐ Autorisation départ seul
  OUI NON
- ☐ Départ anticipé régulier :
  le……..…à…...h…

Nom et prénom de l'enfant: ……..
Etablissement scolaire : ……...
Classe (enseignant) : …….. □ UPE2A
Téléphone parents : ……..
Téléphone élève : ……..

☐ mardi ☐ jeudi
de 17h30 à 19h00

www.agen.fr

L'enfant :
Date et lieu de naissance : ……..
Nationalité : ……..…arrivé(e) en France en…….
Adresse : ……..……..
Quartier : ……..……..
Code ENT :……

Les représentants légaux :
Mère : Nom :……Prénom :…….
Téléphone :……..
Adresse email :……@……
Adresse si différente :……..……

Père : Nom :……Prénom :…….
Téléphone :……..
Adresse email :……@……
Adresse si différente :……..……

Tuteur : Nom :……Prénom :…….
Téléphone :……..
Adresse email :……@……
Adresse si différente :……..……

☐ Adhésion CS ☐ QPV

☐ Famille monoparentale ☐ Famille primo-arrivante
Famille orientée par: ……..……

Autorisation de prise en charge du mineur :
Je soussigné(e) ……, représentant légal de l'enfant :

- Autorise les personnes majeures suivantes à venir chercher mon enfant et à le prendre en charge (une pièce d'identité devra être fournie)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Tel …… lien :……
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Tel …… lien :……
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Tel …… lien :……

Personne(s) non autorisée(s) à prendre en charge mon enfant :
…….....

Personne à contacter en cas d'urgence :

La personne à contacter en mon absence, qui s'engage à accueillir mon enfant en cas de retour anticipé suit à un problème de santé ou à un renvoi est :
Nom :…… …….. Prénom :……
Lien de parenté ……Téléphone :……
Adresse email :……@……..
Adresse :……..

Renseignements administratifs :
Numéro CAF ou MSA : ……. Numéro Sécurité Sociale : ……. Numéro Police d'Assurance :…… Médecin traitant : ……tel : ……

Frères et Sœurs	Age	Etablissement scolaire	Classe	CLAS

Pratiques scolaires, culturelles et sportives

- ☐ Fréquentes-tu l'étude « devoirs faits »? : □ **oui** □ **non**
  Si oui, Quels jours ? .....
- ☐ As-tu une aide personnalisée dans ton école ? : □ **oui** □ **non** à domicile ? : □ **oui** □ **non**
  Si oui, Quels jours ? .....
- ☐ Pratiques-tu une activité sportive ou culturelle en dehors du collège ? □ **oui** □ **non**
  Laquelle ? Quels jours ? .....

Attentes de l'enfant et des parents

Besoins de l'enfant :

- ☐ 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 (plus précisément : ……)
- ☐ Participer à des activités éducatives
- ☐ Autre……

INFO PRATIQUE : **Le CLAS est un lieu ouvert aux parents qui souhaitent participer avec leurs enfants.**

En tant que parent, je souhaite participer :

- ☐ A des séances d'accompagnement scolaire
- ☐ A des ateliers avec les enfants (ex :……..……..……..)
- ☐ A des ateliers entre parents (ex :……..……..……..…..)
- ☐ A des temps d'échange entre parents et/ou professionnels thèmes souhaités :
  …….
- ☐ A des sorties
- ☐ Autre : ……

Autorisation parentale

CLAS collège

Je soussigné (e), M., Mme _____

Responsable légal de l'enfant_ _____

(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 social, 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 ainsi qu'en dehors des horaires réguliers du CLAS.
- 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.
- 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.
- M'engage à fournir au Centre Social toutes les informations nécessaires au bon suivi de l'enfant dans le cadre du dispositif (codes d'accès à l'ENT, cahier d'évaluation, etc).
- M'engage à fournir un justificatif pour tous retards/absences et départs anticipés,
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison oui/non (cf décharge)

Le dossier d'inscription est valable jusqu'à la fin de l'année scolaire (juin 2021).

Cette inscription sera obligatoirement à reconfirmer au début de chaque trimestre (décembre 2021 et mars 2022).

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

Le Contrat

1. Les engagements du jeune

- Respecter les horaires
- 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

- Respecter les horaires
- Prévenir l'équipe du centre social en cas d'absence de l'enfant
- Venir inscrire leur(s) enfant(s) au début de chaque trimestre
- Participer aux différents temps de réunions et de regroupements du dispositif
- 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
- Avoir un lien régulier avec les professeurs et le responsable du CLAS
- Mettre en œuvre tous les moyens pour favoriser la réussite scolaire et l'épanouissement personnel de l'enfant (activité, matériel, encadrement, etc)

Signatures

la famille **l'enfant** **le référent** **l'établissement scolaire**

Contacts :

- Adresse : Maison Montesquieu 16 rue Henri Fourestié 47000 AGEN
- Téléphone : 05 53 69 05 55 – 06 59 39 11 27
- E-mail : clas.maison-montesquieu@agen.fr

www.agen.fr

Maison Montesquieu
Centre Social Centre-ville
2021/2022

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). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				**COVID**	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
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 MEDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES 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 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 -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 :

DECHARGE DE RESPONSABILITE CLAS

Je soussigné(e)……
Parent ou représentant légal de ……..
Adresse……
Code postal ……Ville ……

Autorise mon enfant à quitter seul les locaux du dispositif du CLAS ; 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 2021/2022.

Fait à :

Le : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)…….
Parent ou représentant légal de ……
Adresse……
Code postal ……Ville ……
Téléphone ……
Adresse mail ……
Date de naissance …….
Lieu de naissance …….
Profession …….

Autorise, à titre gratuit, le centre social Maison Montesquieu, dans le cadre du Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité, à utiliser et diffuser mon image et celle de mon enfant sans limite dans le temps et sans contrepartie de quelque nature que ce soit, sur les supports suivants :

- Supports de communication liés au projet (visuels, audio et vidéo)
- Sites Internet et réseaux sociaux de la Ville d'Agen

Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis à vis de la personne représentée.
Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment en envoyant un mail à l'adresse suivante : maison.montesquieu@agen.fr
Votre image sera ensuite retirée des sites internet et des réseaux sociaux.

Fait à :

Le : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

La photographie constitue au sens du Règlement (UE) 2016/679 sur la Protection des Données une donnée personnelle. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, toute personne peut exercer les droits suivants sur ses données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité.
Pour exercer vos droits, merci d'adresser un courriel à dpo@cdg47.fr. Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité à votre demande. Si vous estimez avoir été lésé dans vos droits, il vous est possible de déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

ENGAGEMENT COVID

Je soussigné(e)……
Parent ou représentant légal de ……..
Adresse……
Code postal ……Ville ……

M'engage à :

- fournir quotidiennement à mon enfant un masque en bon état ("grand public" relevant anciennement de la catégorie 1 ou masque chirurgical).
- porter à la connaissance de l'équipe du centre social Maison Montesquieu **le plus tôt possible**, les situations suivantes :
  - Mon enfant présente des signes évocateurs de la Covid19 ;
  - Moi-même ou un membre de mon entourage présente des signes évocateurs de la Covid19 ;
  - Le médecin consulté suite à l'apparition de signes évocateurs n'a pas diagnostiqué une suspicion de la Covid19 et n'a pas prescrit de test RT- PCR ou antigénique ;
  - Le résultat, positif ou négatif, du test RT PCR ou antigénique et sa date de réalisation ;
  - J'ai été testé positif à la Covid19 et je ne présente plus de symptômes évocateurs de la Covid19 ;
  - Mon enfant, testé à la Covid19 ne présente plus de symptômes évocateurs de la Covid19.

Fait à :

Le : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Le Contrat
copie famille

4. Les engagements du jeune

- Respecter les horaires
- 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

5. Les engagements du parent

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

6. 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
- Avoir un lien régulier avec les professeurs et le responsable du CLAS
- Mettre en œuvre tous les moyens pour favoriser la réussite scolaire et l'épanouissement personnel de l'enfant (activité, matériel, encadrement, etc)

Signatures

la famille **l'enfant** **le référent** **l'établissement scolaire**

Séances CLAS : mardi et jeudi de 17h30 à 19h00

Contacts :

- Adresse : Maison Montesquieu 16 rue Henri Fourestié 47000 AGEN
- Téléphone : 05 53 69 05 55 – 06 59 39 11 27
- E-mail : clas.maison-montesquieu@agen.fr