

**DEMANDE D'INSCRIPTION  
ALSH / TAP INTERCOMMUNAUX  
Année scolaire 2016 - 2017**

**Période d'inscription : du 23 mai au 17 juin 2016**

Éléments présents dans cette pochette à compléter et à déposer lors de votre demande d'inscription :

- Une fiche de renseignement
- Une fiche de présence ALSH / TAP
- Un règlement d'accueil ALSH
- Un règlement d'accueil TAP

Les documents à joindre lors de l'inscription :

- le dernier avis d'imposition des membres du foyer (servant également de justificatif de domicile)
- une attestation indiquant que l'enfant bénéficie d'un contrat de responsabilité civile (possible de la déposer fin août / début septembre 2016)
- La copie du carnet de vaccination de l'enfant.
- Le cas échéant, pour les parents divorcés, séparés, tuteur ou accueillant un enfant en tant que famille d'accueil, la copie de la notification de garde

## **MODE D'EMPLOI :**

### **Quel document compléter ?**

Lors du dépôt de votre demande d'inscription, votre dossier doit être complet. Les fiches de renseignements et de présence doivent être complétées entièrement et correctement. Les documents à joindre doivent être complets.

Lisez et conservez le règlement d'accueil. Il vous sera utile tout au long de l'année pour gérer la présence de votre enfant.

Les dossiers incomplets ou mal renseignés ne seront pas instruits.

### **Où déposer le dossier ?**

Le dossier doit être déposé dans l'ALSH dont dépend votre enfant en période périscolaire (voir au dos de cette présente).

### **Votre enfant peut être concerné par plusieurs structures : comment faire ?**

Deux demandes d'inscription doivent être faites. L'une auprès du service « restauration scolaire », l'autre auprès de l'accueil de loisirs concerné. Deux dossiers d'inscription doivent être faits et deux fiches de présence doivent être établies.

**Il est primordial de faire la démarche auprès des deux services afin que votre demande d'inscription soit prise en compte dans toutes les structures demandées.**

**Rappel :**

- **Lieu de scolarisation : lieu d'accueil en période périscolaire**

Lieu de scolarisation	Lieu d'inscription MIDI	Lieu d'inscription SOIR
Balschwiller, Buethwiller, Eglingen	ALSH de Balschwiller	ALSH de Balschwiller
Bernwiller	Service restauration scolaire	ALSH de Balschwiller
Hecken, Gildwiller, Falkwiller, Diefmatten	Service restauration scolaire	ALSH de Balschwiller
Eteimbes	ALSH de Bréchaumont	ALSH de Bréchaumont
Traubach le Bas, Traubach le Haut, Guevenatten	Service restauration scolaire	ALSH de Bréchaumont
Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux
Montreux Jeune	ALSH de Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux
Chavannes sur l'Etang	Service restauration scolaire	ALSH de Montreux Vieux
Dannemarie	ALSH de Dannemarie	ALSH de Dannemarie
Ballersdorf	Service restauration scolaire	TAP : ALSH de Dannemarie
Retzwiller	Service restauration scolaire	
Elbach, Wolfersdorf	Service restauration scolaire	
Gommersdorf, Hagenbach	Service restauration scolaire	

- **Horaires de réception des dossiers :**

Service		contact
<b>Service de restauration scolaire</b>	Lundi, mercredi, jeudi de 14h à 17h Mardi de 15h à 17h ou sur rendez-vous	Adresse : 7 rue de Bâle – 68 210 DANNEMARIE Tel : 03 89 07 24 24 Courriel : e.dasilva@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Balschwiller</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00 Mercredi de 14h à 17h00	Adresse : rue de l'église – 68 210 BALSCHWILLER Tel : 03 89 25 95 20 Courriel : clsh-balschwiller@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Bréchaumont</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00	Adresse : rue des vergers – 68 210 BRECHAUMONT Tel : 03 89 08 06 82 Courriel : clsh-brechaumont@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Dannemarie</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 17h00	Adresse : 13 rue du stade – 68 210 DANNEMARIE Tel : 03 89 08 25 80 Courriel : clsh-dannemarie@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Montreux</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00	Adresse : rue des tilleuls – 68 210 MONTREUX VIEUX Tel : 03 89 23 25 15 Courriel : clsh-montreux@cc-porte-alsace.fr

**Informations générales :**

Porte d'Alsace – Communauté de Communes  
7 rue de Bâle  
68 210 Dannemarie  
Tel : 03 89 07 24 24



Courriel : info@cc-porte-alsace.fr  
Site web : www.cc-porte-alsace.fr



### ENFANT :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Lieu (départ. / pays) :** .....

**Adresse (si différente du responsable légal) :** .....

**Ecole (= commune si RPI) :** ..... **Classe :** .....

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

**En cas de séparation, de divorce... indiquer le nom et prénom du nouveau conjoint**

	<b><u>Père ou Conjoint :</u></b> <input type="checkbox"/> responsable légal de l'enfant <b><u>Situation :</u></b> <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé ou divorcé	<b><u>Mère ou Conjointe :</u></b> <input type="checkbox"/> responsable légal de l'enfant <b><u>Situation :</u></b> <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé ou divorcé
Nom et Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse du domicile		
Tél. Domicile		
Tél. Portable	<i>numéro à privilégier en cas d'urgence : cocher la case</i>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse mail		
N° de Sécurité Sociale de l'enfant		
Régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <b>Indiquer le N° Allocataire :</b>	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <b>Indiquer le N° Allocataire :</b>
Profession		
Employeur ( <b>Dénomination et Adresse</b> )		
Tél. Professionnel		

## 1 – Règlement :

Je m'engage à **payer ma ou mes factures dans les délais auprès du Trésor Public**. En cas d'impayés, La Porte d'Alsace se réserve le droit de prendre toutes les dispositions nécessaires.

## 2 – J'autorise :

- Le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical sous l'égide d'un médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant  OUI  NON
- Mon enfant à partir seul de la structure intercommunale  OUI  NON
- Les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant s'il ne rentre pas seul ou en cas de maladie (Nom – Prénom – N° de Tél. des personnes autorisées)

.....

.....

***Les personnes autorisées devront se munir d'une carte d'identité afin de récupérer l'enfant. La Porte d'Alsace sera déchargée de toute responsabilité en cas d'accident à partir du moment où l'enfant aura quitté les lieux.***

- Mon enfant à se baigner  OUI  NON
- Mon enfant à circuler en bus ou en minibus dans le cadre des activités proposées (Ballade, visite...)  OUI  NON
- Mon enfant à être filmé et photographié. Les documents photographiques et vidéo sur lesquels mon enfant figure pourront être utilisés pour une diffusion sur des documents de communication non commerciaux, sans contrepartie financière ou de quelque nature que ce soit
  - Diffusion support papier pour tous les services de la Communauté de Communes de La Porte d'Alsace (Bulletin intercommunal, promotion du Service Enfance / Jeunesse, presse locale...)  OUI  NON
  - Diffusion sur le site internet de La Porte d'Alsace uniquement  OUI  NON

**J'atteste que mon enfant bénéficie d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels il pourrait être exposé dans le cadre de son accueil dans les structures intercommunales, et j'en fournis le justificatif en copie.**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente feuille de renseignement.

Fait à ..... le .....

**Signature :**

**A remplir par l'Administration :**

Date de dépôt du dossier : ...../...../.....



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

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**

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

# ALSH Intercommunaux et TAP

## Fiche de Présence / Année 2016 – 2017

### ALSH de : .....

### ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Enfant de 3 à 6 ans  Enfant de 6 à 12 ans

Ecole (*indiquer la commune*) : ..... Classe : .....

### Présence de l'enfant en Périscolaire et Mercredi :

**Occasionnellement** (fournir un planning au mois)  **Régulièrement** (cocher les cases correspondantes.)

	Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi		Mercredi		
	Midi	Soir	Midi	Soir	Midi	Soir	Midi	Soir	Matin	Après midi	Repas
Toutes les semaines											
Uniquement les semaines paires											
Uniquement les semaines impaires											
Autre inscription REGULIERE : indiquez les modalités											

*Pendant les vacances scolaires, un planning spécifique sera réalisé (inscription et communication du planning directement dans le centre concerné).*

### Présence de l'enfant aux Temps d'Activités Péri-éducatives (TAP)

	<i>Merci d'indiquer l'Atelier souhaité</i>				Date et signature
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<b>1<sup>er</sup> CYCLE</b>					
<b>2<sup>ème</sup> CYCLE</b>					
<b>3<sup>ème</sup> CYCLE</b>					

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, **déclare avoir pris connaissance du Règlement des Accueils de Loisirs Sans Hébergement Intercommunaux et du Règlement d'accueil et de fonctionnement des Temps d'Activités Péri-éducatives (TAP), et certifie en accepter toutes les conditions.** Par ailleurs, je m'engage à prévenir rapidement le Directeur du Centre en cas d'absence de mon enfant. Je m'engage également à vous informer de tout changement de situation familial ou d'ordre médical.

Fait à ..... Le .....

**Signature du responsable légal :**