



## CONTRAT D'ACCUEIL

**Préambule :** Le service de cantine-garderie proposé par l'association « Les Elfes d'Argent » a pour but d'accueillir les enfants scolarisés à l'école d'Urbeis pendant le temps périscolaire. Cette prestation offre un service aux parents dont les horaires de travail ne correspondent pas aux rythmes scolaires. Pour bénéficier du service, les parents devront :

- Remplir chacun un **Bulletin d'Adhésion** et régler la **cotisation**
- Compléter le **Contrat d'Accueil**.
- Lire et signer le **Règlement Intérieur**
- S'inscrire aux services sur le site [www.leselfesdargent.fr](http://www.leselfesdargent.fr) dans les conditions précisées dans l'article 2 du Règlement Intérieur

### FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Représentants légaux	Représentant légal N° 1	Représentant légal N° 2
NOM		
Prénom		
Adresse postale		
Téléphone fixe		
Téléphone mobile		
Adresse électronique		

ENFANT(S) à inscrire aux services cantine-garderie		
NOM	Prénom	Date de naissance

PLANNING indicatif d'accueil (renseignement d'ordre général qui puisse servir de repère).

#### Semaine paire

	Matin	Midi	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

#### Semaine impaire

	Matin	Midi	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

## **QUESTIONNAIRE DE SANTE (1<sup>er</sup> enfant)**

NOM et Prénom de l'enfant concerné : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

N ° de sécurité sociale : .....

NOM et Prénom du médecin traitant : .....

N ° de téléphone du médecin traitant : .....

Votre enfant est-il atteint d'allergies, d'intolérances alimentaires ou de troubles de la santé ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de préciser lesquels :

.....

.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

.....

PAI : Un Projet d'Accueil Individualisé est-il en place pour votre enfant à l'école ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de nous transmettre un exemplaire.

## **QUESTIONNAIRE DE SANTE (2<sup>e</sup> enfant)**

NOM et Prénom de l'enfant concerné : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

N ° de sécurité sociale : .....

NOM et Prénom du médecin traitant : .....

N ° de téléphone du médecin traitant : .....

Votre enfant est-il atteint d'allergies, d'intolérances alimentaires ou de troubles de la santé ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de préciser lesquels :

.....

.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

.....

PAI : Un Projet d'Accueil Individualisé est-il en place pour votre enfant à l'école ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de nous transmettre un exemplaire.

## **QUESTIONNAIRE DE SANTE (3<sup>e</sup> enfant)**

NOM et Prénom de l'enfant concerné : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

N ° de sécurité sociale : .....

NOM et Prénom du médecin traitant : .....

N ° de téléphone du médecin traitant : .....

Votre enfant est-il atteint d'allergies, d'intolérances alimentaires ou de troubles de la santé ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de préciser lesquels :

.....

.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

.....

PAI : Un Projet d'Accueil Individualisé est-il en place pour votre enfant à l'école ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de nous transmettre un exemplaire.

## **QUESTIONNAIRE DE SANTE (4<sup>e</sup> enfant)**

NOM et Prénom de l'enfant concerné : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

N ° de sécurité sociale : .....

NOM et Prénom du médecin traitant : .....

N ° de téléphone du médecin traitant : .....

Votre enfant est-il atteint d'allergies, d'intolérances alimentaires ou de troubles de la santé ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de préciser lesquels :

.....

.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

.....

PAI : Un Projet d'Accueil Individualisé est-il en place pour votre enfant à l'école ?

☐ OUI      ☐ NON

Si oui, merci de nous transmettre un exemplaire.

## **AUTORISATIONS**

### **Collecte des données à caractère personnel**

Cette collecte d'information est réalisée dans le cadre de l'inscription au service cantine-garderie des Elfes d'Argent. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous communiquons : la finalité du traitement de vos données, les destinataires de vos données, vos droits, le temps de conservation des informations vous concernant.

La finalité du traitement : vos données ont été collectées à des fins d'inscription au service cantine-garderie des Elfes d'Argent. Toute utilisation de vos données à des fins de communication politique ou commerciale est interdite.

Les destinataires des données : le comité directeur de l'association des Elfes d'Argent dans le cadre de leur mission a un accès « en consultation » à vos données.

Vos droits : en vertu des articles 39 et 40 de la loi 78-17 du 06/01/1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès, ou de rectification des données qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Ces demandes sont à adresser, par courrier en justifiant de votre identité au siège social de l'association des Elfes d'Argent 2 place de l'Europe 67220 Urbeis.

Le temps de conservation de vos données personnelles : vos données seront conservées durant l'année scolaire en cours. Passé ce délai, elles seront archivées.

### **Autorisation de droit à l'image pour un mineur**

Je soussigné(e), .....

NOM, Prénom du représentant légal

☐ autorise

☐ n'autorise pas

NOM, Prénom des enfants

.....  
.....

à être photographié(s) et/ou filmé(s) lors des accueils périscolaires.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions dans le cadre de communication (page facebook, panneau d'affichage, journaux,...) pour une durée indéterminée.

**Personnes que vous autorisez à venir chercher votre (vos) enfant(s).**

Seules les personnes désignées ci-dessous pourront récupérer le ou les enfant(s) lors des temps périscolaires.

Nom - Prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant

**Autorisation de sortie d'un élève en élémentaire**

Je soussigné(e), .....

NOM, Prénom du représentant légal

☐ autorise

☐ n'autorise pas

NOM, Prénom des enfants

.....

.....

à quitter seul(s) la garderie après les accueils périscolaires.

**En cas d'accident ou malaise aigu, l'animateur ou le bénévole appelle le SAMU : 15**

Il s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

En cas de difficulté à vous contacter, veuillez nous indiquer ci-dessous le nom et numéro de téléphone **d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement**.

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Veuillez nous préciser les éléments suivants :

Date du dernier rappel antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant .....

.....

## **FACTURATION**

Les **tarifs** applicables et modalités de paiement sont indiqués dans le règlement intérieur. La **facture** est établie chaque début de mois et transmise par mail au payeur de la facture nommément indiqué dans le contrat d'accueil.

Merci de préciser qui est le payeur des factures du service cantine-garderie :

NOM, Prénom .....

Adresse postale .....

.....

Adresse électronique .....

Numéro de téléphone .....

## **PIECES A FOURNIR AVEC LE PRESENT DOSSIER**

- ☐ Bulletin d'adhésion accompagné de la cotisation
- ☐ Règlement intérieur dûment paraphé et signé
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire

Date : .....

Responsable légal N ° 1

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »



Responsable légal N °2

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »