



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

Juillet 2024 (8 au 26 juillet)

UN SEUL FORMULAIRE À REMPLIR PAR FOYER (1 fiche sanitaire par enfant)

Le formulaire devra être complété uniquement à l'encre noire

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | | SEM. 1 SEM. 2 SEM. 3 Sexe : Masculin Féminin

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | | SEM. 1 SEM. 2 SEM. 3 Sexe : Masculin Féminin

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | | SEM. 1 SEM. 2 SEM. 3 Sexe : Masculin Féminin

RESPONSABLE LEGAL 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tél. pro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse électronique :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tél. pro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse électronique :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Situation familiale : Célibataire Mariés Vie maritale Pacsés Divorcés Séparés Veuf/Veuve

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile ou extra-scolaire (ne pas joindre d'attestation) :

N° Police :

Autre(s) enfant(s) à charge :

Nom - Prénom : Prénom : Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom - Prénom : Prénom : Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

Contact et prise en charge : (Personne(s) à joindre en cas d'urgence si les parents sont indisponibles et/ou autorisée(s) à venir chercher l'enfant)

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

N° Tél. fixe : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

N° Tél. fixe : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

Autorisé à être contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Autorisé à être contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Reprendre les mêmes informations que l'année 2023

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA FACTURATION DES PRESTATIONS

Nom et prénom du redevable légal :

Je souhaite avoir une facture du séjour

(la facture est établie au nom du redevable légal)

Mode de garde : conjointe alternée exclusive (jugement à fournir)

Nom et Prénom de l'allocataire CAF : N° CAF :

Joindre une attestation récente mentionnant votre quotient familial en cas de régime spécifique (MSA, SNCF, etc.).

Je soussigné(e), le responsable légal, autorise les responsables de l'accueil de loisirs à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie. Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur..... (préciser l'hôpital ou la clinique).
 J'autorise également mon enfant à se baigner sous surveillance (les enfants doivent obligatoirement être vaccinés contre la polio). OUI NON
 J'autorise la Commune de Rupt sur Moselle à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil de loisirs ou en cas d'urgence en voiture individuelle pour par des moyens de transports collectifs. OUI NON
 À..... Le..... **Signature :**

PRÉ-INSCRIPTION(S) AUX SERVICES

ACCUEIL EXTRASCOLAIRE

				Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3
Tranche CAF	Enfant de Rupt sur Moselle et Vecoux	Enfants de Ferdrupt	Enfants extérieurs (Sous réserve de places disponibles)	Du 8 au 12 juillet (5 jours)	Du 15 au 19 juillet (5 jours)	Du 22 au 26 juillet (5 jours)
< à 500 €	5 jours : 60,00 €	5 jours : 72,50 €	5 jours : 90,00 €			
500 à 1000 €	5 jours : 62,50 €	5 jours : 75,00 €	5 jours : 92,50 €			
> à 1000 €	5 jours : 65,00 €	5 jours : 77,50 €	5 jours : 95,00 €			

Coût total du séjour : € (déduction de 3 % si inscription sur l'ensemble des semaines)

Je bénéficie d'aide :
 - Mon comité d'entreprise (nom du CE.....) d'un montant de€
 - La CAF des Vosges pour un montant total de€

Je joins le règlement (restant à ma charge) de€

Paiement par chèque à l'ordre du Régisseur ALSH Espèces chèques vacances ANCV Virement bancaire (RIB disponible en fin de formulaire)

Seul le règlement aura valeur d'inscription, il devra être réalisé lors de l'inscription, il sera encaissé qu'après le déroulement de l'accueil de loisirs.

TRANSPORT CAR

Mon enfant (nom et prénom) :

Prendra le car à l'arrêt :

Matin : OUI NON Soir : OUI NON

Est autorisé à rentrer seul depuis l'arrêt de car : OUI NON

(les enfants non autorisés à rentrer seuls, descendront du car qu'en présence d'un parent à l'arrêt, en cas d'absence l'enfant sera reconduit au centre socioculturel).

Autorisation pour les enfants qui n'empruntent pas le transport en car :

Mon enfant est autorisé à rentrer seul le soir à 17h00 depuis le centre socioculturel OUI NON

Signature :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Allocataire CAF :

Veillez nous fournir une attestation récente, de la CAF des Vosges, mentionnant votre quotient familial.

Non allocataire CAF :

Veillez nous fournir une attestation récente mentionnant votre quotient familial.

Tout dossier incomplet sera refusé et retourné.

Je soussigné(e), le responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de ce service.

Le responsable légal :

- OUI NON accepte que les photos où mon enfant apparaît soient publiées dans les différentes publications communales ainsi que sur le site internet de Rupt sur Moselle.

- OUI NON donne l'autorisation à la Commune de Rupt sur Moselle de consulter mon quotient familial sur le site de la CAF grâce à mon N° d'allocataire porté ci-dessus.

Ce quotient ne sera utilisé qu'afin de calculer ma participation financière à l'accueil de loisirs.

À..... Le.....

Signature :

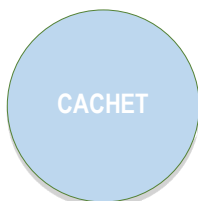
Signature :



Inscription validée par la Commune de Rupt sur Moselle.

Fait à Rupt sur Moselle, le.....

Signature :



J'autorise la Commune de Rupt sur Moselle à utiliser les informations qui me concernent à destination du service scolaire ; En aucun cas, elles ne seront communiquées à des tiers (partenaires commerciaux, etc.). Je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concernent (art. 34 de la loi informatique et libertés). Pour l'exercer, je m'adresserai à la Mairie de Rupt sur Moselle.



DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

UNE FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOIT ÊTRE REMPLIE PAR ENFANT (1^{er} enfant)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du mineur :

Prénom :

Date de Naissance

M

F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire ; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___/___/___	Coqueluche*	___/___/___
Tétanos			___/___/___	Haemophilus influenzae B*	___/___/___
Poliomyélite			___/___/___	Rubéole-Oreillons-Rougeol*	___/___/___
Ou DT Polio			___/___/___	Hépatite B*	___/___/___
Ou Tétracoq			___/___/___	Pneumocoque*	
				Méningocoque C*	___/___/___
				BCG	___/___/___

*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Injections de sérum	Nature	Dates
		___/___/___
	___/___/___	

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, informez votre médecin que les agents ne sont pas habilités pour administrer les médicaments aux enfants du temps périscolaire.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui	Varicelle <input type="checkbox"/> oui	Angine <input type="checkbox"/> oui	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui	Otite <input type="checkbox"/> oui	Rougeole <input type="checkbox"/> oui	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre(s) :

Allergies :

Asthme : oui non

Médicamenteuse : oui non Si oui, lequel :

Alimentaire : oui non Si oui, lequel :

Autres (animaux, plantes, etc.) : oui non Si oui, lequel :

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :

oui non

Si oui, lequel :

Indiquez ci-après :

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, des lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil énurésie nocturne, etc.

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

4. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Responsable N°1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Responsable N°2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom et prénom du médecin traitant :

Tél. du médecin traitant : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

L'enfant bénéficie-t-il : De la PUMA (CMU)
 D'une prise en charge S.S. à 100 %

Fournir les attestations (PUMA et prise en charge S.S.)

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, J'autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant toutes mesures selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à Rupt sur Moselle, le..... **Signature :**

Contact : Mairie de Rupt sur Moselle - Service Scolaire
10 rue de l'église – 88360 Rupt sur Moselle
Tél. 03 29 24 34 09 – communication@ruptsurmoselle.fr

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

UNE FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOIT ÊTRE REMPLIE PAR ENFANT (2^{ème} enfant)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom du mineur :
	Prénom :
	Date de Naissance
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire ; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___/___/___	Coqueluche*	___/___/___
Tétanos			___/___/___	Haemophilus influenzae B*	___/___/___
Poliomyélite			___/___/___	Rubéole-Oreillons-Rougeol*	___/___/___
Ou DT Polio			___/___/___	Hépatite B*	___/___/___
Ou Tétracoq			___/___/___	Pneumocoque*	
				Méningocoque C*	___/___/___
				BCG	___/___/___

*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Injections de sérum	Nature	Dates
		___/___/___
		___/___/___

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, informez votre médecin que les agents ne sont pas habilités pour administrer les médicaments aux enfants du temps périscolaire.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui	Varicelle <input type="checkbox"/> oui	Angine <input type="checkbox"/> oui	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui	Otite <input type="checkbox"/> oui	Rougeole <input type="checkbox"/> oui	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre(s) :

Allergies :

Asthme : oui non
Médicamenteuse : oui non Si oui, lequel :

Alimentaire : oui non Si oui, lequel :

Autres (animaux, plantes, etc.) : oui non Si oui, lequel :

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :
 oui non Si oui, lequel :

Indiquez ci-après :

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lentilles, des lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil énurésie nocturne, etc.

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

4. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Responsable N°1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Responsable N°2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom et prénom du médecin traitant :

Tél. du médecin traitant : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

L'enfant bénéficie-t-il : De la PUMA (CMU)
 D'une prise en charge S.S. à 100 %

Fournir les attestations (PUMA et prise en charge S.S.)

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, J'autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant toutes mesures selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à Rupt sur Moselle, le..... **Signature :**

Contact : Mairie de Rupt sur Moselle - Service Scolaire
10 rue de l'église – 88360 Rupt sur Moselle
Tél. 03 29 24 34 09 – communication@ruptsurmoselle.fr

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

UNE FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOIT ÊTRE REMPLIE PAR ENFANT (3^{ème} enfant)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Nom du mineur :
	Prénom :
	Date de Naissance
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire ; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___/___/___	Coqueluche*	___/___/___
Tétanos			___/___/___	Haemophilus influenzae B*	___/___/___
Poliomyélite			___/___/___	Rubéole-Oreillons-Rougeol*	___/___/___
Ou DT Polio			___/___/___	Hépatite B*	___/___/___
Ou Tétracoq			___/___/___	Pneumocoque*	
				Méningocoque C*	___/___/___
				BCG	___/___/___

*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Injections de sérum	Nature	Dates
		___/___/___
		___/___/___

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, informez votre médecin que les agents ne sont pas habilités pour administrer les médicaments aux enfants du temps périscolaire.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui	Varicelle <input type="checkbox"/> oui	Angine <input type="checkbox"/> oui	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui	Otite <input type="checkbox"/> oui	Rougeole <input type="checkbox"/> oui	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre(s) :

Allergies :

Asthme : oui non
Médicamenteuse : oui non Si oui, lequel :

Alimentaire : oui non Si oui, lequel :

Autres (animaux, plantes, etc.) : oui non Si oui, lequel :

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :
 oui non Si oui, lequel :

Indiquez ci-après :

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, des lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil énurésie nocturne, etc.

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

4. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Responsable N°1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Responsable N°2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom et prénom du médecin traitant :

Tél. du médecin traitant : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

L'enfant bénéficie-t-il : De la PUMA (CMU)
 D'une prise en charge S.S. à 100 %

Fournir les attestations (PUMA et prise en charge S.S.)

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, J'autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant toutes mesures selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à Rupt sur Moselle, le..... **Signature :**

Règlement Intérieur l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de Rupt sur Moselle

1. Accueils de loisirs sans hébergement

L'accueil de loisirs se déroule les trois premières semaines des vacances d'été. L'accueil de loisirs de la Commune de Rupt sur Moselle est un service à caractère social et éducatif, il a pour but d'accueillir les enfants résidant sur les Communes de Rupt sur Moselle, Vecoux et Ferdrupt.

Il s'agit d'un lieu de détente et de loisirs dans le cadre des vacances scolaires.

L'accueil de loisirs sans hébergement de la Commune est agréé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (jeunesse et sports).

L'encadrement et la surveillance seront assurés par le personnel communal et occasionnel formé et qualifié, placé sous l'autorité de la directrice de l'accueil de loisirs et du Maire.

1.1 Admission

L'accueil de loisirs est un service proposé aux enfants résidant sur les Communes de Rupt sur Moselle, Vecoux et Ferdrupt. Les enfants résidant à l'extérieur de ces communes seront acceptés selon la disponibilité des places (liste d'attente).

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants ne présentant aucun signe de maladie (fièvre, grippe, maladie contagieuse ...). Aucun médicament ne sera administré pendant l'accueil.

Les enfants en situation de handicap peuvent être accueillis à l'accueil périscolaire dès lors que leur handicap permet au personnel d'assurer la surveillance des autres enfants.

L'admission au service nécessite une inscription préalable accompagnée de la fiche sanitaire de liaison.

1.2 Horaires

L'accueil de loisirs est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 (garderie de 7h30 à 9h00 et de 17h00 à 18h00). Ces horaires pourront être modifiés lors des grandes sorties.

L'accueil de loisirs se déroule au centre socioculturel, 31 rue de la Libération à Rupt sur Moselle.

1.3 Tarifs et modalités de règlement

Les tarifs sont fixés chaque année par le Conseil Municipal.

Les tarifs sont modulés en fonction du quotient familial des familles établi par la CAF des Vosges. L'accueil de loisirs est soutenu financièrement par la CAF des Vosges.

Le règlement devra être effectué en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public ou par chèque vacances de l'ANCV auprès de la directrice et au moment de l'inscription.

Les aides financières : aides aux temps libres de la CAF des Vosges, subvention vacances de la MSA de Lorraine, participation du comité d'entreprise.

L'inscription se réalise à la semaine. Le remboursement en cas d'absence justifiée ne sera possible que sur demande motivée au préalable et sur présentation d'un justificatif médical.

1.4 Inscription

L'inscription à l'accueil de loisirs doit être réalisée lors des permanences tenues par la directrice en Mairie durant le mois de juin. Aucune inscription ne sera prise en dehors des permanences. En cas d'impossibilité de s'y rendre, les familles devront contacter directement la directrice. Les inscriptions seront prises par le service scolaire de la Mairie seulement à l'issue des permanences et si des places restent disponibles.

La capacité d'accueil étant limitée, des inscriptions pourront être refusées.

Une fiche d'inscription devra obligatoirement être remplie par les parents. Cette fiche comporte les renseignements nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

1.5 Fonctionnement

Les enfants doivent arriver le matin, propres et doivent avoir pris leur petit déjeuner. Le tarif comprend le repas du midi, le goûter, le coût des activités, des sorties et des mini-séjours (camping). Un transport en commun est proposé aux familles le matin et le soir aux arrêts et aux horaires définis par la Commune. Aucun arrêt de car supplémentaire ne sera mis en place.

1.6 Conditions de sortie des enfants

A l'issue de la journée, les enfants ne sont remis qu'aux personnes autorisées.

Dans le cas où la personne ne se présente pas à la fermeture de l'accueil de loisirs pour reprendre l'enfant, le personnel prend contact avec les familles par téléphone.

Un agent de l'équipe d'encadrement reste sur place jusqu'à ce que l'enfant soit remis à ses parents. Le montant de la rémunération correspondant au temps de travail supplémentaire accompli par le personnel pourra être réclamé.

En aucun cas, le personnel n'est habilité à raccompagner l'enfant.

1.7 Mesures à prendre en cas de maladie ou d'accident

Si un enfant est malade au cours de son séjour à l'accueil de loisirs, les parents (ou la personne désignée sur le formulaire d'inscription) sont invités à venir le chercher. En cas de besoin, le médecin traitant sera averti.

En cas d'accident grave ou nécessitant des soins médicaux importants immédiats, le personnel alerte immédiatement les secours (SAMU 15, Pompiers 18), puis les parents ou la personne désignée.

Un rapport sur les circonstances est adressé par les témoins de l'accident à la direction départementale de la jeunesse et des sports.

En cas d'accident mineur (contusion ou plaie légère), le personnel prend toutes dispositions utiles pour soulager l'enfant, hormis l'administration de médicaments, et avertit les parents ou le responsable.

Prise de médicaments (hors traitement spécifique) : Aucun médicament ne sera administré à l'accueil de loisirs, le personnel d'encadrement n'est pas habilité à le faire. Il appartient à la famille de le signaler au médecin traitant.

Allergies, diabète et autres : Le personnel encadrant n'étant pas compétent pour traiter un choc allergique, une crise d'asthme, un suivi de diabète ou autres infections, les parents concernés sont tenus d'informer la directrice.

- Allergies alimentaires : Quelle que soit l'allergie et son degré d'intensité, les parents doivent fournir un panier-repas. Il sera déposé directement auprès du responsable de la cuisine au centre socioculturel sans que la responsabilité du service soit engagée (transport et température). Le plat sera réchauffé pour le repas
- Autre allergies, asthme, diabète : Si un traitement spécifique existe, il sera confié à la directrice avec une ordonnance.

Dans tous les cas, un protocole d'accueil individuel, à définir avec et par le médecin de chaque famille concernée sera à remettre obligatoirement à la directrice avant l'accueil de l'enfant. Sans ce document, l'enfant ne sera pas accepté.

1.8 Assurance et responsabilité

La Commune est assurée pour les risques incombant au fonctionnement du service de l'accueil de loisirs.

Il revient aux parents de prévoir une assurance de responsabilité pour les dommages que leurs enfants sont susceptibles de causer aux tiers pendant les horaires de fonctionnement du service.

En leur présence, les parents restent responsables de leur enfant à l'intérieur du bâtiment.

La Commune décline toute responsabilité concernant les bijoux ou les objets personnels des enfants.

1.9 Discipline

Les enfants inscrits à l'accueil de loisirs doivent respecter les règles élémentaires de la discipline, de politesse et de la vie en collectivité. Les enfants doivent respecter le personnel et être poli. Dans le cas où un enfant se signifierait par sa mauvaise conduite ou la dégradation du matériel, un premier avertissement écrit sera adressé aux parents. Dans le cas où le comportement de l'enfant ne se serait pas amélioré, et si sa présence devait être un risque pour lui-même ou le groupe, une exclusion définitive pourrait être envisagée.

Aucune remarque à l'encontre d'un animateur ne devra lui être faite directement par les parents. Elles devront être adressées à la Directrice qui, après avoir vérifié la véracité des faits énoncés, prendra les éventuelles mesures qui s'imposent et tiendra informés les parents.

4.1 : Remarques

- Les parents prennent l'engagement de se conformer au présent règlement
- Les parents sont instamment invités à observer les conditions du règlement qui n'est édicté que dans le seul souci d'offrir aux enfants le meilleur accueil possible.
- Le présent règlement prendra effet au début de l'accueil de loisirs et est susceptible d'être modifié suivant les décisions du Conseil Municipal.
- Toutes observations, réclamations, suggestions doivent être exclusivement présentées à la directrice et non auprès du personnel de l'accueil.

Le Maire de Rupt sur Moselle ou son représentant se réserve le droit de vérifier l'exactitude des renseignements communiqués.

Article 441-7 du code pénal « Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende, le fait :

1. D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts

2. De falsifier une attestation ou un certificat originaire sincère

3. De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

« Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au trésor public ou au patrimoine d'autrui ».

Le présent règlement est à remettre signé avec le formulaire d'inscription à l'accueil de loisirs

Nom et prénom :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant :

Certifie avoir pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs sans hébergement de la Commune de Rupt sur Moselle.

Date et signature du ou des responsables légaux, suivies de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »

Fait à Rupt sur Moselle, le...../20....

Utilisation de vos données personnelles

La Commune de Rupt sur Moselle, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à l'inscription à l'accueil de loisirs sans hébergement d'été de votre enfant ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'accueil de loisirs. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Vos droits

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez :

- d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant et/ou concernant votre enfant
- du droit à la portabilité de vos données
- du droit à la limitation d'un traitement vous concernant et/ou concernant votre enfant
- du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la Mairie de Rupt sur Moselle – M. David Duchanois – d.duchanois@ruptsurmoselle.fr – 10 rue de l'Église – 88360 RUPT SUR MOSELLE.

Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.

Pour aller plus loin

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

- Consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>
- Contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rqpd.aspx>

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal |__|__| |__|__|__| Commune :

Consens à l'utilisation des données personnelles dans le cadre de ma demande d'inscription à l'accueil de loisirs sans hébergement

Ne consens pas l'utilisation des données personnelles dans le cadre de ma demande d'inscription à l'accueil de loisirs sans hébergement

Fait à Rupt sur Moselle, le...../20....

Signature :

TITULAIRE DU COMPTE :

RR ALSH

COMMUNE RUPT SUR MOSELLE

Identifiant national de compte bancaire - RIB				
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation
10071	88000	00002002241	36	TPEPINAL

IBAN

FR76 1007 1880 0000 0020 0224 136

BIC

TRPUFRP1