

# DOSSIER VALABLE POUR LE CYCLE MATERNELLE

Ville de Corneilles  
en Parisis

CLAE - CENTRE DE LOISIRS  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) :

-  
-

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE.....

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE.....

**SITUATION FAMILIALE** : MARIÉE - SÉPARÉE - DIVORCÉE - CONCUBINAGE – CÉLIBATAIRE - PASCÉ

**FACTURATION A ETABLIR AU NOM DE** : .....

**ADRESSE** – RUE.....N°.....

VILLE.....CODE POSTAL.....

TÉLÉPHONE.....

## EMPLOYEUR DU PÈRE

## EMPLOYEUR DE LA MÈRE

NOM.....

NOM.....

VILLE.....

VILLE.....

TÉLÉPHONE.....

TÉLÉPHONE.....

\*\*\*\*\*  
NUMÉRO D'ALLOCATIONS FAMILIALES.....  
\*\*\*\*\*

Nom et Prénom du ou des enfant(s)	Sexe (M/F)	Date de Naissance	Etablissement	Clae	Centre de loisirs

JE RECONNAIS AVOIR RECU ET PRIS CONNAISSANCE DES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS QUE J'APPROUVE ET M'ENGAGE A RESPECTER

CORMEILLES EN PARISIS, LE

SIGNATURE

# DOSSIER VALABLE POUR LE CYCLE PRIMAIRE

Ville de Cormeilles  
en Paris

CLAE / CLUB DEVOIRS - CENTRE DE LOISIRS

FIGE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) :

-  
-

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE.....

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE.....

**SITUATION FAMILIALE** : MARIÉE - SÉPARÉE - DIVORCÉE - CONCUBINAGE – CÉLIBATAIRE - PASCÉ

**FACTURATION A ETABLIR AU NOM DE** :.....

**ADRESSE** – RUE.....N°.....

VILLE.....CODE POSTAL.....

TÉLÉPHONE.....

## EMPLOYEUR DU PÈRE

NOM.....

VILLE.....

TÉLÉPHONE.....

## EMPLOYEUR DE LA MÈRE

NOM.....

VILLE.....

TÉLÉPHONE.....

\*\*\*\*\*  
NUMÉRO D'ALLOCATIONS FAMILIALES.....  
\*\*\*\*\*

Nom et Prénom du ou des enfant(s)	Sexe (M/F)	Date de Naissance	Etablissement	Centre de loisirs	Clae	Clae et Club Devoirs*	
						17h15-18h	/ 18h-18h45

\*Le Club Devoirs n'est accessible qu'à partir du CE1.

JE RECONNAIS AVOIR RECU ET PRIS CONNAISSANCE DES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS QUE J'APPROUVE ET M'ENGAGE A RESPECTER

CORMEILLES EN PARISIS, LE

SIGNATURE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE : \_\_\_\_\_

## 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
Diptérie				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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>RUBÉOLE</u>	<u>VARICELLE</u>	<u>ANGINE</u>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u>	<u>SCALARTINE</u>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u>	<u>OTITE</u>	<u>ROUGEOLE</u>	<u>OREILLONS</u>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME  Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non

● ALIMENTAIRES  Oui  Non

AUTRES.....

● si oui : Faire une demande de PMF (Protocole, Mairie, Famille) auprès du Service Education Jeunesse

**T.S.V.P**

INDIQUEZ CI-APRÈS

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

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE .....

.....

Tél. Domicile.....portable.....bureau.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

*Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

Date :

Signature :

# **AUTORISATION**

## **SOINS D'URGENCE - PRISE EN CHARGE DE(S) L'ENFANT(S)**

Je soussigné (e) Nom, Prénom du responsable légal de(s) l'enfant(s).....

1. **Autorise** les responsables du C.L.S.H. de la Côte St Avoie   
du CLAE   
du RESTAURANT SCOLAIRE

- à faire soigner **le(s)'enfants :**

- **NOM**.....**Prénom**.....

- **NOM**.....**Prénom**.....

- **NOM**.....**Prénom**.....

- à faire pratiquer toute intervention d'urgence, pouvant s'imposer pour sa sauvegarde.

- à permettre aux responsables de ramener l'(es)enfant(s) au Centre de Loisirs ou CLAE ou Restaurant scolaire, après avis favorable du corps médical.

### **Si l'hospitalisation est nécessaire, elle se fera à :**

**L'HOPITAL D'ARGENTEUIL - 69, Rue du Lieutenant Colonel Prudhon Tél : 01.34.23.24.25**

**Le Médecin traitant à contacter est le Docteur**.....

**ADRESSE**.....**Tél** :.....

2. **Habilite** la personne dont le nom suit à prendre en charge l'(es)enfant(s) :

- 
- 
- 

**NOM**.....**Prénom**.....

**ADRESSE**.....**Tél** :.....

3. **Certifie** être titulaire du contrat d'assurance - Responsabilité Civile - Chef de Famille

N° de Police.....

souscrit auprès de la Compagnie d'Assurance.....

adresse.....le.....

4. **Certifie** en outre, que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Téléphones : Père :

Mère :

Responsable légal :

CORMEILLES EN PARISIS, le  
SIGNATURE

**IMPRIME A REMPLIR OBIGATOIREMENT PAR VOS SOINS  
A RETOURNER AU SERVICE EDUCATION JEUNESSE**

**NOM ET PRENOM DE(S) L'ENFANT(S)**

- 
- 
- 

**MATIN**

J'ACCOMPAGNERAI MON (MES) ENFANT(S) AU CENTRE DE LOISIRS ENTRE 7H30 ET 9 H

**OU**

JE DEPOSERAI MON ENFANT A L'ARRET SUIVANT (entourer votre choix)

**ITINERAIRE :**

8 H 00 - Alsace Lorraine  
8 H 10 - Square Rodin  
8 H 20 - Rue des Boizerts/Rue de la République  
8 H 30 - Centre de Loisirs

**SOIR**

JE RECUPERERAI MON (MES) ENFANT(S) AU CENTRE DE LOISIRS ENTRE 17H ET 19H

**OU**

JE RECUPERERAI MON ENFANT A L'ARRET SUIVANT (entourer votre choix)

**ITINERAIRE :**

18 H 00 - Centre de Loisirs  
18 H 10 - Alsace Lorraine  
18 H 20 - Square Rodin  
18 H 30 - Rue des Boizerts/Rue de la République

***CET HORAIRE SERA RESPECTE EN FONCTION DE LA CIRCULATION ROUTIERE***

CORMEILLES EN PARISIS, le

SIGNATURE

**PIECES A FOURNIR  
POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF**

**RESTAURANT SCOLAIRE  
CLAE / CLUB DEVOIRS  
CENTRE DE LOISIRS**

\*\*\*\*\*

**CLAE : Attestation d'employeur de chacun des deux parents.**

**RESTAURATION SCOLAIRE - CENTRE DE LOISIRS :**

**Attestation d'employeur de chacun des deux parents.**

**Avis d'imposition 2008.**

**Montant des allocations familiales.**

**Justificatif de domicile (EDF ou téléphone).**

# VILLE DE CORMEILLES EN PARISIS

## REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE DE LOISIRS ASSOCIE A L'ECOLE (CLAE) ET DU CLUB DEVOIRS.

\*\*\*\*\*

Le Centre de loisirs associé à l'école (CLAE) est administré par la Ville de Cormeilles en Parisis, sous l'autorité de Monsieur le Maire.

Le CLAE prend en charge les écoliers avant et après la journée scolaire. Il permet aux familles dont les deux parents travaillent de confier leur enfant à un organisme compétent.

Au sein du CLAE, le Club Devoirs permet aux enfants de bénéficier d'un espace et d'un horaire consacré à la réalisation de leurs devoirs. La surveillance de cet espace se fait sous la vigilance d'un animateur.

### **ARTICLE I : HORAIRES D'OUVERTURE**

Le CLAE fonctionne 4 jours par semaine en période scolaire : le lundi, mardi, jeudi et vendredi, **de 7h30 à 8h20 et de 16h30 à 19h00.**

Le Club Devoirs fonctionne les mêmes jours avec deux créneaux horaires par groupe de 15 enfants maximum:

- 17h15/18h
- 18h/18h45

**Le Club Devoirs débutera le 13 septembre 2010 jusqu'au 24 juin 2011.**

### **ARTICLE II : RESPONSABILITE**

L'enfant est placé sous la responsabilité du CLAE dès que sa présence a été notée par le responsable de la structure, dans le cadre des horaires d'ouverture.

Le matin les parents sont tenus d'accompagner leurs enfants à l'intérieur des bâtiments et de se présenter aux animateurs.

Dès 19 heures, le CLAE est déchargé de la responsabilité de chaque enfant quittant la structure avec un parent ou avec un accompagnateur désigné par l'un de ces derniers.

Le soir, l'enfant scolarisé à l'école maternelle est remis à ses parents ou à la personne habilitée par un écrit de ces derniers.

**Aucune garde ne sera effectuée après 19heures.**

Le dépassement d'horaire fera l'objet d'un avertissement. L'enfant ne sera plus accepté au CLAE après deux avertissements adressés à ses parents par écrit.

Le Club Devoirs est un espace aménagé dans chacune des écoles afin que les enfants puissent travailler dans le plus grand calme et ainsi faciliter leur concentration.

Cet espace est sous la responsabilité d'un animateur qui gère les deux créneaux horaires qui regroupent chacun quinze enfants maximum.

L'animateur encadrant le Club Devoirs est responsable des enfants tant sur le plan physique qu'affectif.

**L'animateur est garant du fonctionnement de cet espace. En aucun cas il ne pourra être tenu responsable des résultats et autres manquements liés au travail de l'enfant.**

La ville décline sa responsabilité quant aux dommages causés aux objets et effets personnels de l'enfant.

Il est strictement interdit d'amener des médicaments au CLAE. Il est rappelé à tous les parents que nos animateurs ne sont pas habilités à les administrer.

### **ARTICLE III : INSCRIPTIONS**

- L'inscription d'un enfant au CLAE est valable pour le cycle maternel ou le cycle primaire.
- L'inscription d'un enfant au Club Devoirs n'est valable qu'à partir du C.E.1 jusqu'au C.M.2.

Elle s'effectue par le dépôt, au service Education Jeunesse en mairie, d'un dossier dûment complété et comprenant :

- une fiche sanitaire
- une fiche de renseignements
- une autorisation de soins d'urgence
- un certificat de travail de chacun des parents
- **L'enfant qui n'est pas inscrit, ne sera pas admis au CLAE.**

### **ARTICLE IV : PRINCIPE DE FACTURATION**

Une facture mensuelle est établie par le service Education Jeunesse. Le paiement doit s'effectuer dans les 8 jours qui suivent la réception de la facture. Les chèques bancaires doivent être libellés à l'ordre du Trésor Public et adressés au service Education Jeunesse. Paiement en espèces accepté.

### **ARTICLE V : ABSENCES**

Les parents doivent avertir immédiatement le service Education Jeunesse de l'absence de l'enfant et ce dès le premier jour.

### **ARTICLE VI : DISCIPLINE**

L'enfant confié au CLAE doit observer une attitude correcte. Il doit respecter les animateurs, le personnel de service, les locaux et le matériel mis à sa disposition.

En cas de manquement à ces consignes, l'enfant pourra être exclu du CLAE sur décision écrite de Monsieur le Maire. Les parents de l'enfant seront tenus d'indemniser la Ville en compensation des dommages subis.

### **ARTICLE VII : VALIDITE DU REGLEMENT**

Le présent règlement dont la validité est permanente peut être modifié en fonction de l'évolution constatée dans le fonctionnement du C.L.A.E.

Cormeilles en Parisis, le 3 Mai 2010

**Le Maire**  
Yannick BOEDEC



# clae

(Tarifs applicables au 01 janvier 2010)

	MATIN	SOIR
TARIF	2,40 euros	4,80 euros

Réduction sur le tarif du matin et du soir de 5% pour deux enfants et de 10% pour trois enfants et plus.