



association loi 1901 - 16 boulevard de la République - 78440 Porcheville
Tél : 06 06 90 78 78 - bureau@passporcheville.fr - <http://www.passporcheville.fr>
RNA : W781003779 - SIRET : 79025906300028 - APE : 9499Z - SAP790259063

depuis 2015, **PassPorcheville** propose un service pour
aider les enfants du CP au CM2

l'aide aux devoirs



A partir du **02/09/2019**, les lundis, mardis et jeudis, après les cours (16h30), le PassPédibus achemine les enfants des écoles au siège de l'association. Un temps de détente est accordé pour la prise du goûter (non fourni par l'association) puis les enfants commencent leurs devoirs aidés par des bénévoles de l'association jusqu'à 18h30

La tarification de ce service est de :

- **3.00 €** par enfant et par séance
- **2.50 €** par enfant et par séance à partir du deuxième enfant de la même fratrie

*Pour accéder à cette prestation, une adhésion annuelle à l'association est requise
(14 euros pour l'année 2019 du 01/01 au 31/12)*

Si vous êtes intéressés, **remplissez un dossier d'inscription par enfant**
(places limitées)

Nom et prénom de l'enfant : _____

Pour tout renseignement, contactez-nous au **06 06 90 78 78**

Inscription/Autorisation PassPédibus « Aide aux devoirs »
Année scolaire 2019/2020

Je soussigné(e) _____ agissant

en qualité de mère , père , tuteur , autre précisez : _____

adresse complète, code postal et ville : _____

téléphones domicile : _____ mobile : _____ bureau : _____

e-mail : _____

INSCRIT MON ENFANT A PASSPEDIBUS

Nom et prénom de l'enfant : _____

école : _____ classe : _____ enseignant(e) : _____

AUTORISE MON ENFANT A EMPRUNTER PASSPEDIBUS AFIN DE SE RENDRE A L'AIDE AUX DEVOIRS LES SOIRS SUIVANTS (cocher les jours souhaités)lundi mardi jeudi

J'atteste être assuré(e) en responsabilité civile pour mon enfant et je fournis la copie de l'attestation en vigueur.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement PassPedibus en vigueur (disponible sur www.passporcheville.fr rubrique PassPédibus) et je m'engage à le respecter.

Je reconnais avoir expliqué les consignes de PassPédibus à mon enfant et je m'engage à ce que celui-ci les respecte lors de chaque trajet.

J'autorise PassPorcheville à transmettre une copie de cette autorisation à la direction de l'école concernée.

J'autorise PassPorcheville à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'association et à publier les photos ou les vidéos prises sur tout support (papier, CD, Internet, ...) uniquement utilisées pour les besoins de l'association. oui non **DATE :****SIGNATURE :****PassPorcheville vous contactera pour vous confirmer votre inscription.**

*Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatisé et seront destinées uniquement à l'association.
Conformément aux articles 39 et suivants de la loi N° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser une demande écrite au président de l'association.*

Fiche Sanitaire Année scolaire 2019/2020

Nom de l'enfant : _____

prénom de l'enfant : _____

date de naissance de l'enfant : _____

GARÇON FILLE

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

| VACCINS | DATES | VACCINS | DATES |
|--------------|-------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | Hépatite B | |
| Tétanos | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | |
| BCG | | | |

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, précisez lequel : _____

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

- Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ?

asthme OUI NON médicamenteuses OUI NON

alimentaires OUI NON autres : _____

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Merci de préciser les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les précautions à prendre :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il ?

- des lentilles : OUI NON
- des lunettes : OUI NON
- des prothèses : OUI NON
- des appareils dentaires : OUI NON
- autres, précisez : _____

Merci d'indiquer ci-après toutes recommandations jugées utiles pour la sécurité de votre enfant ?

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ prénom : _____

adresse complète, code postal et ville : _____

téléphones domicile : _____ mobile : _____ bureau : _____

médecin traitant - nom : _____ téléphone : _____

n° de Sécurité Sociale : _____

**Je soussigné(e), _____
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise PassPorcheville à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**

Date:

Signature :