

# LE COUP DE POUCE CLÉ

## Le club en quelques mots

- Un pequeño grupo de niños, seleccionados por su maestro y registrados con el consentimiento de sus padres.
- Una iniciativa que complementa el aprendizaje de la lectura a través del juego, la ayuda mutua y el aumento de la confianza en la escuela.
- Varias sesiones semanales en la escuela, después de clase, con un animador formado por la asociación Coup de Pouce.
- Un tiempo para merendar, 15 minutos para hacer los deberes leyendo luego el resto de la sesión para compartir actividades y juegos.
- Reuniones regulares entre padres, animadores y docentes para informarse mutuamente del progreso del niño y de los deberes.
- Préstamo de juegos y libros para continuar las actividades en casa.
- Eventos para los padres y los niños durante todo el año (participación en el club, ceremonias y sesiones en la biblioteca).
- Un mensaje de texto semanal a los padres que lo deseen para compartir un truco genial que contribuya al progreso de sus hijos en la lectura.
- Una cooperación activa entre la municipalidad, los docentes y la asociación Coup de Pouce para favorecer el éxito de los niños.

## Le club Coup de Pouce de mon enfant

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
de <u>  h  </u>	de <u>  h  </u>	de <u>  h  </u>	de <u>  h  </u>
à <u>  h  </u>	à <u>  h  </u>	à <u>  h  </u>	à <u>  h  </u>

Partie à compléter pendant l'entretien individuel et à conserver par les parents.



### Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° tél. : \_\_\_\_\_ N° tél. : \_\_\_\_\_

### Organisation de la sortie du club

(indiquer pour chaque jour le nom et le prénom de la personne autorisée à venir chercher l'enfant)

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Goûter

Le goûter sera fourni par :

- Les parents  La ville  
 Autre : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature parent 1 : \_\_\_\_\_ Signature parent 2 : \_\_\_\_\_

# Les acteurs du club Coup de Pouce



**Le coordinateur**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Le ou les parents**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Le ou les animateurs**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Le ou les enseignants**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Le pilote des clubs  
de la ville**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Le délégué territorial**  
de l'Association Coup de Pouce



## Fiche d'inscription

À compléter par les parents et à remettre à l'enseignant ou au coordinateur de l'école.

Année : 20\_\_ /20\_\_

École : \_\_\_\_\_

### Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / /20

Observations particulières (allergie connue,...) : \_\_\_\_\_

Son ou ses enseignants : \_\_\_\_\_

### Parents

#### Parent 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_

Accepte de recevoir des SMS  
de l'Association Coup de Pouce :

**OUI - NON**

Choix de la langue des SMS :

- albanais
- anglais
- arabe standard
- chinois mandarin
- créole guadeloupéen
- créole réunionnais
- espagnol
- français
- portugais
- roumain
- turc
- ukrainien

#### Parent 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_

Accepte de recevoir des SMS  
de l'Association Coup de Pouce :

**OUI - NON**

Choix de la langue des SMS :

- albanais
- anglais
- arabe standard
- chinois mandarin
- créole guadeloupéen
- créole réunionnais
- espagnol
- français
- portugais
- roumain
- turc
- ukrainien

Cette autorisation est valable pour une durée de dix (10) ans à compter de la signature de la présente autorisation.

La présente autorisation peut être révoquée à tout moment en envoyant une notification écrite à l'adresse suivante : pad@coupdepouceasso.fr

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à ..... , le .....  
En autant d'exemplaires originaux que de parties signataires, soit deux (02).

Nom et prénom :

Représentant légal de mon enfant :

Signature :

Pour l'Association Coup de Pouce Partenaire de la réussite à l'école :  
Cécile Jehanno, directrice générale  
Signature :



# AUTORISATION DE FILMER ET/OU PHOTOGRAPHER (PERSONNE MINEURE)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
demeurant .....

.....  
Représentant légal de mon enfant .....

autorise par la présente, à titre gratuit, l'Association Coup de Pouce Partenaire de la réussite à l'école, dont le siège est situé 11, rue Auguste Lacroix, 69003 Lyon, à :

- Photographier, filmer, enregistrer la voix de mon enfant,
- Reproduire ou exploiter la ou les photographie(s), la ou les image(s) filmée(s) représentant mon enfant, sa voix, et ce pour un usage exclusivement professionnel dans le cadre du suivi des clubs Coup de Pouce,
- Diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant, sa voix sur tous les supports de communication utilisés par l'association, connus ou inconnus à ce jour, dans le monde entier.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image et/ou de la voix de mon enfant, de quelque nature que ce soit et pour quelque occasion que ce soit.

L'Association Coup de Pouce s'interdit expressément :

- Toute commercialisation de l'image et/ou de la voix de mon enfant, sans obtenir d'autorisation écrite préalable de ma part,
- De procéder à une exploitation des photographies de mon enfant, des films le représentant ou sa voix susceptible de porter atteinte à sa vie privée ou à sa réputation, ni d'utiliser les photographies de mon enfant, les films le représentant ou sa voix, dans tout support à caractère licencieux.

Cette autorisation est valable pour une durée de dix (10) ans à compter de la signature de la présente autorisation.

La présente autorisation peut être révoquée à tout moment en envoyant une notification écrite à l'adresse suivante : pad@coupdepouceasso.fr

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à ..... , le .....  
En autant d'exemplaires originaux que de parties signataires, soit deux (02).

Nom et prénom :

Représentant légal de mon enfant :

Signature :

Pour l'Association Coup de Pouce Partenaire de la réussite à l'école :  
Cécile Jehanno, directrice générale  
Signature :



# AUTORISATION DE FILMER ET/OU PHOTOGRAPHER (PERSONNE MINEURE)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
demeurant .....

.....  
Représentant légal de mon enfant .....

autorise par la présente, à titre gratuit, l'Association Coup de Pouce Partenaire de la réussite à l'école, dont le siège est situé 11, rue Auguste Lacroix, 69003 Lyon, à :

- Photographier, filmer, enregistrer la voix de mon enfant,
- Reproduire ou exploiter la ou les photographie(s), la ou les image(s) filmée(s) représentant mon enfant, sa voix, et ce pour un usage exclusivement professionnel dans le cadre du suivi des clubs Coup de Pouce,
- Diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant, sa voix sur tous les supports de communication utilisés par l'association, connus ou inconnus à ce jour, dans le monde entier.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image et/ou de la voix de mon enfant, de quelque nature que ce soit et pour quelque occasion que ce soit.

L'Association Coup de Pouce s'interdit expressément :

- Toute commercialisation de l'image et/ou de la voix de mon enfant, sans obtenir d'autorisation écrite préalable de ma part,
- De procéder à une exploitation des photographies de mon enfant, des films le représentant ou sa voix susceptible de porter atteinte à sa vie privée ou à sa réputation, ni d'utiliser les photographies de mon enfant, les films le représentant ou sa voix, dans tout support à caractère licencieux.