

### 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 :

# LE PROGRAMME LIVRES CLI

## Le club en quelques mots

- A small group of children, selected by their teacher and registered with the consent of their parents
- A way to boost interest in reading through book-themed playtime, discussions and activities.
- Two sessions per week at school, after class, with a tutor trained by the Coup de Pouce Association.
- Time for a snack, 15 minutes to do homework reading then the rest of the session to share activities and games.
- Regular check-in sessions between parents, tutors and teachers to keep everyone informed about the child's and their homework's progress
- Games and books on loan, to keep practising at home
- Events for parents and children throughout the year (club enrolment, ceremonies, and library sessions)
- Successful cooperation between the municipality, the teachers and the Coup de Pouce association to foster children's success

### Le club Coup de Pouce de mon enfant

LUNDI

de \_\_\_ h \_\_\_

à \_\_\_ h \_\_\_

MARDI

de \_\_\_ h \_\_\_

à \_\_\_ h \_\_\_

JEUDI

de \_\_\_ h \_\_\_

à \_\_\_ h \_\_\_

VENDREDI

de \_\_\_ h \_\_\_

à \_\_\_ h \_\_\_

# Les acteurs du club Coup de Pouce

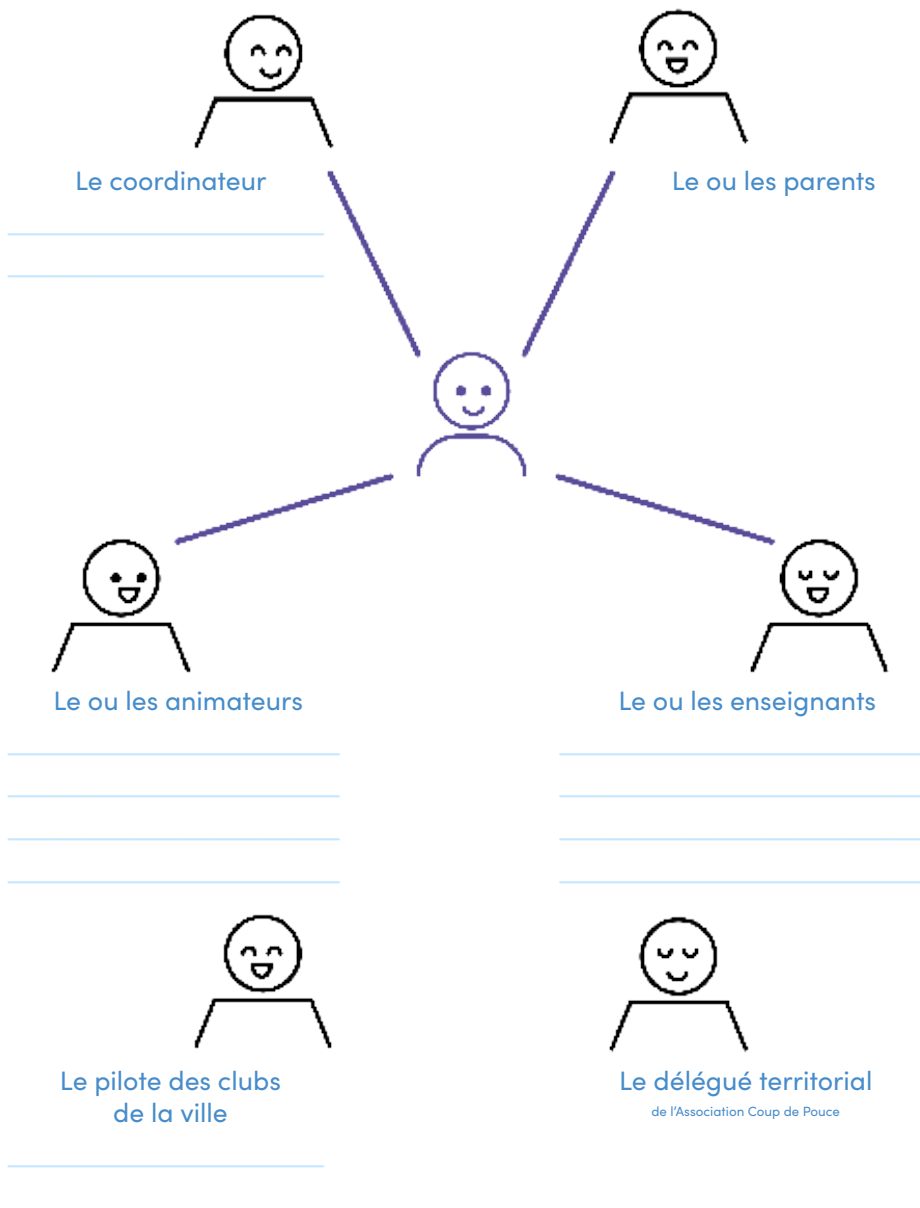


# FICHE D'INSCRIPTION

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

Parent 2

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_ N° tél. : \_\_\_\_\_

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

OUI – NON

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

OUI – NON

Choix de la langue des SMS :

Choix de la langue des SMS :

- |  |                                    |  |                                    |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> albanais            | <input type="checkbox"/> espagnol  | <input type="checkbox"/> albanais            | <input type="checkbox"/> espagnol  |
| <input type="checkbox"/> anglais             | <input type="checkbox"/> français  | <input type="checkbox"/> anglais             | <input type="checkbox"/> français  |
| <input type="checkbox"/> arabe standard      | <input type="checkbox"/> portugais | <input type="checkbox"/> arabe standard      | <input type="checkbox"/> portugais |
| <input type="checkbox"/> chinois mandarin    | <input type="checkbox"/> roumain   | <input type="checkbox"/> chinois mandarin    | <input type="checkbox"/> roumain   |
| <input type="checkbox"/> créole guadeloupéen | <input type="checkbox"/> turc      | <input type="checkbox"/> créole guadeloupéen | <input type="checkbox"/> turc      |
| <input type="checkbox"/> créole réunionnais  | <input type="checkbox"/> ukrainien | <input type="checkbox"/> créole réunionnais  | <input type="checkbox"/> 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.

n'autorise pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant  
Merci d'écrire lisiblement le mot « REFUS » : .....

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 photographeur

(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 :

- Photographeur, filmer, enregistrer la voix de mon enfant,
  - Diffuser la captation (reproduction, représentation et exploitation de la ou les photographie(s), le 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.

L'association Coup de Pouce, s'engage à :

- Respecter la réglementation en vigueur relative au droit à l'image, à la vie privée et à la dignité humaine ;
- Ce que la collecte et le traitement des données à caractère personnel soient conformes à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, au Règlement (UE) 2016/679 du 27/04/2016. L'association est responsable du traitement des données à caractère personnel. Un délégué à la protection des données est identifié et peut être contacté à l'adresse électronique suivante : Communication@coupdepouceasso.fr;

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.

n'autorise pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant  
Merci d'écrire lisiblement le mot « REFUS » : .....

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 photographeur (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,
  - Diffuser la captation (reproduction, représentation et exploitation de la ou le photographie(s), le 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.

L'association Coup de Pouce, s'engage à :

- Respecter la réglementation en vigueur relative au droit à l'image, à la vie privée et à la dignité humaine ;
- Ce que la collecte et le traitement des données à caractère personnel soient conformes à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, au Règlement (UE) 2016/679 du 27/04/2016. L'association est responsable du traitement des données à caractère personnel. Un délégué à la protection des données est identifié et peut être contacté à l'adresse électronique suivante : Communication@coupdepouceasso.fr;