



**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  
LANGAGE CLA**

**Le club en quelques mots**

- Un pequeño grupo de niños seleccionados por su docente e inscritos con el acuerdo de sus padres.
- Una iniciativa que favorece el desarrollo del lenguaje y prepara a los niños para ingresar al primero de primaria a través del juego, la ayuda mutua y el aumento de la confianza en sí mismos.
- Varias sesiones semanales en la escuela, después de clase, con un animador formado por la asociación Coup de Pouce.
- La sesión incluye un momento para merendar, además de compartir juegos y actividades.
- Reuniones regulares entre padres, animadores y docentes para informarse del progreso del niño.
- Préstamo de juegos y libros para continuar las actividades en casa.
- Eventos para las familias durante todo el año (ceremonias, visitas del club y sesiones excepcionales).
- Un mensaje de texto semanal destinado a los padres con una idea para contribuir en casa al progreso de sus hijos.
- 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 ___ h ___			
à ___ h ___			

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



# Les acteurs du club Coup de Pouce

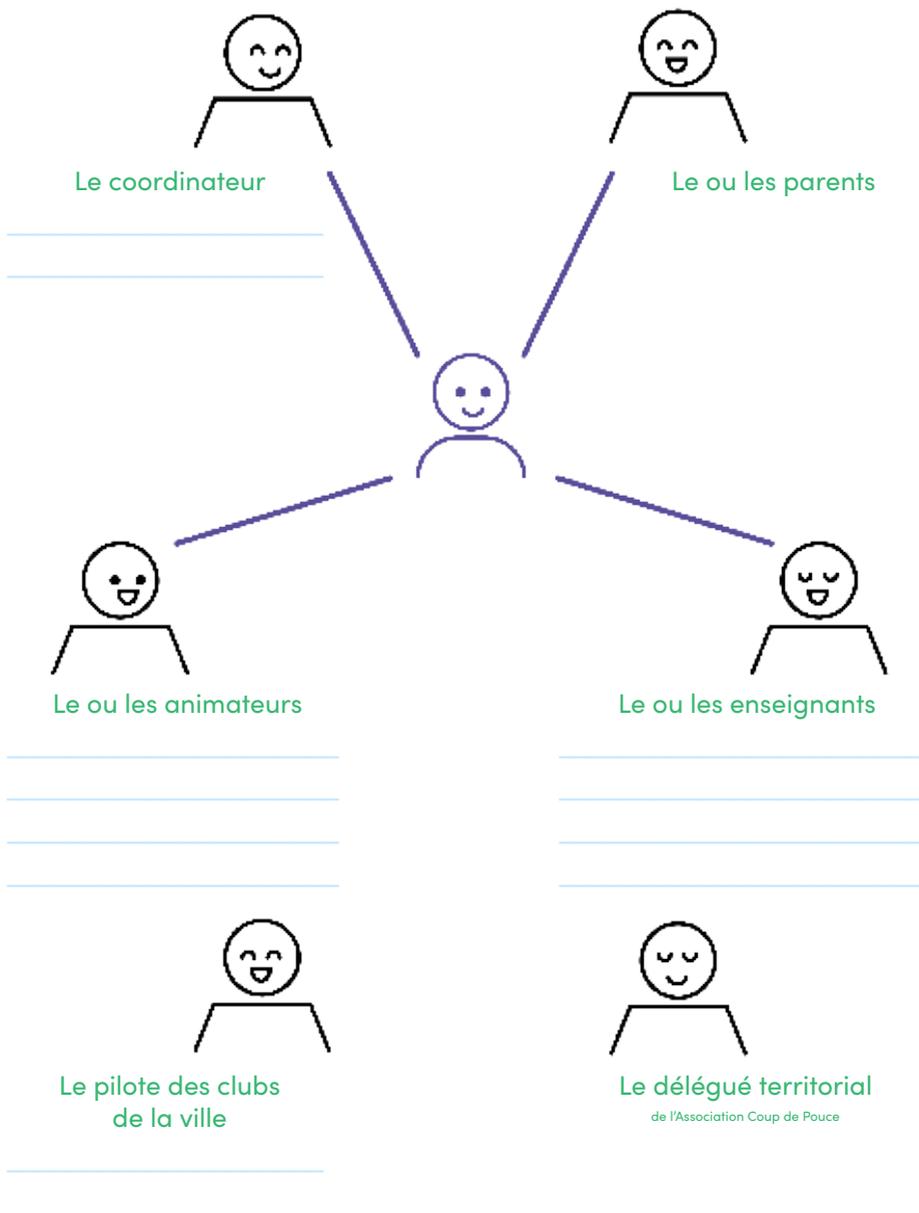


# FICHE D'INSCRIPTION

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;