



Date d'inscription : \_\_\_\_\_

**FICHE D'INSCRIPTION ASL 2019/2020**

Nouvel Adhérent oui / non

<b>LE PARTICIPANT :</b>			<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : _____	Prénom : _____	Né(e) le : ____/____/____		
Adresse : _____		Code postal : _____	Ville : _____	
Depuis quand vivez-vous en France ?		<input type="checkbox"/> moins de 5 ans	<input type="checkbox"/> plus de 5 ans	
Tél.1 : _____	Tél .2 : _____	Tél. Bureau : _____		
Adresse mail (majuscule) : _____				
N° d'allocataire : _____		N° Sécurité sociale : _____		
Profession : _____				
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)				
Nbre d'enfant(s) : _____				
Avez-vous un enfant à faire garder au centre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

ACTIVITES PRATIQUÉES		Cadre réservé à l'administration		
Activité	Jour et Heure	Tarif	Réduction	Total
ASL		20 €		

**L'adhésion**

L'adhésion vous donne la qualité de membre du CSC EUROPE. Elle est obligatoire pour toute inscription à une activité. Elle est valable pour une personne de septembre 2019 à août 2020.

Le montant de l'adhésion est fixé en fonction de votre Quotient Familial. (A présenter lors de l'inscription)

Quotient Familial : \_\_\_\_\_ Montant de l'adhésion : \_\_\_\_\_ euros

**Récapitulatif (réservé à l'administration)**Adhésion \_\_\_\_\_ € + Total activités 20 € \_\_\_\_\_ = **TOTAL**

_____ €
---------

**Toute activité entamée est due. Aucun remboursement ne sera effectué.****Renseignement complémentaire**

Signaler s'il vous plaît tout type d'allergie, de contre-indication ou régime particulier :

**Autorisation**

J'autorise l'équipe à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles je pourrais apparaître :

 Les affiches du centre La presse locale Le site internet du centre

## Engagements

- Je déclare adhérer au CSC Europe, mon adhésion annuelle n'est pas remboursable.
- Je décharge l'ensemble de l'équipe du CSC Europe de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait intervenir avant ou après les horaires de l'activité.
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter
- Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état de santé.

A colombes, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

## FACULTATIF : Faisons un peu connaissance

Centres d'intérêt :

- |  |  |   |  |                                      |
|--|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exposition/ Photographies | <input type="checkbox"/> Lecture         | <input type="checkbox"/> Activités bien être  | <input type="checkbox"/> Arts plastiques | <input type="checkbox"/> Conférences |
| <input type="checkbox"/> Langues étrangères        | <input type="checkbox"/> Théâtre /Cinéma | <input type="checkbox"/> Activités numériques | <input type="checkbox"/> Vidéo           | <input type="checkbox"/> Jeux        |

Le CSC Europe est une association loi 1901 administrée par une équipe de bénévoles et fonctionnant grâce à ses salariés, mais c'est aussi grâce à ses adhérents bénévoles qu'elle vit. Accepteriez-vous ponctuellement d'apporter votre aide à :

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Des ateliers pour enfants   | <input type="checkbox"/> La distribution de flyers | <input type="checkbox"/> Des rangements       | <input type="checkbox"/> Des inventaires |
| <input type="checkbox"/> L'accueil lors d'évènements | <input type="checkbox"/> L'accompagnement scolaire | <input type="checkbox"/> Des ateliers cuisine |  |

## PIECES A JOINDRE

- Fiche d'inscription dûment complétée et signée
- Le numéro de quotient familial de la Mairie ou l'avis d'imposition sur le revenu ; sans ce numéro, le barème de la tranche D sera appliqué.
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

## REGLEMENTS

	<u>Mode</u> : Espèces, Chèques, Chèques vacances, Coupons Sports	Banque	N° chèque	Montant	Date d'échéance	Reste à payer
Versement 1						
Versement 2						
Versement 3						

### Cadre réservé à l'administration

Date d'inscription : ...../...../.....      Remplie par : .....

Date de saisie : ...../...../.....      Saisie par : .....

L'ENFANT	
NOM : _____	PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
Ou Tétracoq							
B.C.G							

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2. **L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?**

ASTHME	Oui	Non
ALIMENTAIRES	Oui	Non
MEDICAMENTEUSES	Oui	Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : _____	Oui	Non

Si oui, précisez la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
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"/>
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
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"/>	

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Parenté : \_\_\_\_\_

---

### Autorisation

---

- Autorise l'équipe à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître :

↗ Les affiches du centre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
↗ La presse locale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
↗ Le site internet du centre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

---

### Engagements

---

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Je m'engage à venir avec mon enfant, 1 semaine avant le début des ateliers de socialisation linguistique pour participer au temps d'adaptation qui est obligatoire pour le bien être de l'enfant. Celui-ci se déroule tout les matins de 10h à 11h30 sauf le mercredi.

A colombes, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal