



Date d'inscription : _____

FICHE D'INSCRIPTION ENFANTS 2019/2020

Nouvel Adhérent oui / non

RESPONSABLE LEGAL 1 :			<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : _____	Prénom : _____	Né(e) le : _____ / _____ / _____		
Adresse : _____		Code postal : _____	Ville : _____	
Tél.1 : _____	Tél .2 : _____	Tél. Bureau : _____		
Adresse mail (majuscule) : _____				
N° Sécurité sociale : _____				
Profession : _____				

RESPONSABLE LEGAL 2 :			<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : _____	Prénom : _____	Né(e) le : _____ / _____ / _____		
Adresse : _____		Code postal : _____	Ville : _____	
Tél.1 : _____	Tél .2 : _____	Tél. Bureau : _____		
Adresse mail (majuscule) : _____				
N° Sécurité sociale : _____				
Profession : _____				

Situation familiale : Célibataire Marié(e) En couple Divorcé(e) Veuf(ve)

Nbre d'enfant(s) : _____

LES PARTICIPANTS

NOM	PRENOM	Date de Naissance	SEXE	Etablissement scolaire	Classe
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		

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

Nom Prénom Tél : Parenté

Nom Prénom Tél : Parenté

ACTIVITES PRATIQUEES			Cadre réservé à l'administration		
Prénom	Activité	Jour et Heure	Tarif	Réduction	Total

Certificat Médical (Obligatoire pour les personnes pratiquant une activité sportive.

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 _____ € = **TOTAL**

€

Toute activité entamée est due. Aucun remboursement ne sera effectué.

L'Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Pour l'inscription aux vacances scolaires et aux mercredis, après avoir payé l'inscription forfaitaire pour la saison 2019-2020, il faut venir inscrire vos enfants 15 jours avant chaque début de vacances scolaires pour les enfants inscrit les mercredis et 7 jours avant pour les autres, en vous rendant à l'accueil du CSC Europe.

L'inscription de vos enfants se fera dans la limite des places disponibles. Aucune inscription ne se fera par téléphone. Nous vous demandons de nous fournir : la copie du carnet de santé avec les vaccins à jour et un certificat médical d'aptitude pour les activités sportives. Sans ces documents votre enfant ne pourra effectuer les activités proposées par le Conseil Général

Autorisation

Je soussigné(e), M. et/ ou Mme

- Autorise mon enfant à rejoindre seul mon domicile après l'activité oui non
- Autorise mon enfant à rejoindre seul mon domicile après l'accueil de loisirs oui non
- Autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant après l'activité.

Nom et prénom	Adresse	Téléphone

- Autorise l'équipe à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître :
 - ↗ Les affiches du centre oui non
 - ↗ La presse locale oui non
 - ↗ Le site internet du centre oui non

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 :

- Exposition/ Photographies
- Lecture
- Activités bien être
- Arts plastiques
- Conférences
- Langues étrangères
- Théâtre /Cinéma
- Activités numériques
- Vidéo
- 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 :

- Des ateliers pour enfants
- La distribution de flyers
- Des rangements
- Des inventaires
- L'accueil lors d'évènements
- L'accompagnement scolaire
- Des ateliers cuisine

PIECES A JOINDRE

- Fiche d'inscription dûment complétée et signée
- Fiche sanitaire de liaison
- Photocopie du carnet de vaccination
- 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.
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

REGLEMENTS

	Mode : 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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE : TEL. PORTABLE :,

DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *FACULTATIF*).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :