

<b>A REMPLIR PAR TOUS</b>	
M. et Mme <input type="checkbox"/>	NOM DE FAMILLE :
M. <input type="checkbox"/>	Nombre d'enfants mineurs et majeurs vivant au foyer :
Mme <input type="checkbox"/>	
Mlle <input type="checkbox"/>	

**Adulte 1/responsable légal**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Email : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire MSA : .....

Profession : .....Employeur : .....

N° de tél. travail : .....

**Adulte 2/responsable légal**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Email : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire MSA : .....

Profession : .....Employeur : .....

N° de tél. travail : .....

<b>Carte de membre</b>	<b>2011/2012</b>
Familiale (16€)	<input type="checkbox"/>
Individuelle (12€)	<input type="checkbox"/>
Jeunes (5,50€)	<input type="checkbox"/>

<b>CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION</b>	
Quotient familial	
Nb d'enfants à charge	
Nb de parts	
Montant des allocations familiales	

<b>Enfant(s)</b>	<b>1<sup>er</sup> enfant</b>	<b>2<sup>ème</sup> enfant</b>	<b>3<sup>ème</sup> enfant</b>
Nom :			
Prénom :			
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance :			
N° de sécurité sociale :			
Ecole fréquentée :			
Classe :			

**PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS) :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....

**PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT/LE JEUNE :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....

**PERSONNES NON AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT/LE JEUNE :**

Nom : .....  
Prénom : .....

Nom : .....  
Prénom : .....

## FICHE D'INSCRIPTION ACTIVITES (Jeunes) 2011-2012

### Pièces à fournir obligatoirement pour toute inscription :

- Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- Copie du dernier avis d'imposition
- Attestation CAF mentionnant le numéro d'allocataire le montant des allocations et le quotient familial
- Fiche sanitaire dûment complétée et signée
- Certificat médical d'aptitude aux activités physiques et à la baignade
- Copie des vaccins dans le carnet de santé

Nom : .....

Prénom : .....

<b>JEUNES NEUFELD</b>	<b>JEUNES MUSAU</b>
Théâtre (11-17 ans) Neufeld <input type="checkbox"/>	Hip-hop (10-17 ans) Musau <input type="checkbox"/>
Hip-hop débutants Neufeld <input type="checkbox"/>	Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>
Hip-hop confirmés Neufeld <input type="checkbox"/>	Futsal Musau <input type="checkbox"/>
Aide aux devoirs Neufeld <input type="checkbox"/>	
Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>	

Nom : .....

Prénom : .....

<b>JEUNES NEUFELD</b>	<b>JEUNES MUSAU</b>
Théâtre (11-17 ans) Neufeld <input type="checkbox"/>	Hip-hop (10-17 ans) Musau <input type="checkbox"/>
Hip-hop débutants Neufeld <input type="checkbox"/>	Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>
Hip-hop confirmés Neufeld <input type="checkbox"/>	Futsal Musau <input type="checkbox"/>
Aide aux devoirs Neufeld <input type="checkbox"/>	
Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>	

Nom : .....

Prénom : .....

<b>JEUNES NEUFELD</b>	<b>JEUNES MUSAU</b>
Théâtre (11-17 ans) Neufeld <input type="checkbox"/>	Hip-hop (10-17 ans) Musau <input type="checkbox"/>
Hip-hop débutants Neufeld <input type="checkbox"/>	Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>
Hip-hop confirmés Neufeld <input type="checkbox"/>	Futsal Musau <input type="checkbox"/>
Aide aux devoirs Neufeld <input type="checkbox"/>	
Mercredis et vacances scolaires <input type="checkbox"/>	

<b>CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION</b>		
Montant à payer <i>(Pour les ateliers)</i>		
<b>Mode de paiement</b>		
Chèque	<input type="checkbox"/>	
Espèces	<input type="checkbox"/>	
Chèques vacances	<input type="checkbox"/>	

## REGLEMENT INTERIEUR

### Fonctionnement :

- J'autorise la direction à prendre, en cas d'urgence et dans l'impossibilité de me joindre, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)
- Le CSC Neudorf s'engage à assurer **30 séances** pour tous les ateliers dont il a la responsabilité
- Le CSC Neudorf se réserve le droit de supprimer un atelier si le nombre de participants est insuffisant, de modifier les horaires ou de changer les salles d'activités selon les impératifs de fonctionnement
- Pour les ateliers, les inscriptions concernent toute l'année scolaire (pas d'inscription au trimestre ou à la séance)
- Pour toutes les activités corporelles et sportives, un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est obligatoire
- **L'inscription aux activités ne sera validée qu'une fois le dossier administratif complet et la participation réglée.**

### Remboursement :

- **Pour toutes les activités hors ALSH :** le remboursement des activités n'aura pas lieu sauf contre-indication médicale (sur présentation d'un justificatif nécessitant un arrêt total de l'activité), mutations professionnelles hors du département, cas de force majeure, ou décision du CSC de supprimer l'atelier  
***Quel qu'en soit le motif, les absences ponctuelles ne donnent pas lieu à un remboursement.***
- **Pour l'ALSH :** les journées ne sont remboursées qu'en cas de maladie sur présentation d'un certificat médical ou si vous prévenez une semaine à l'avance.

### Autorisation de diffusion :

- J'autorise le CSC Neudorf dans le cadre de ses activités (à l'intérieur ou à l'extérieur du Centre) à me photographier, ainsi que ma famille, à nous filmer et à diffuser ces photos, films ... sans aucune contrepartie.

### **En cas de refus, barrez le paragraphe**

**Je soussigné (e).....**  
**reconnais avoir pris connaissance du présent règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

Date et signature



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES