



**Siège social** : 10, rue d'Ostwald 67200 STRASBOURG  
**Administration** : 1, Quai de la Flassmatt 67200 STRASBOURG  
 Téléphone : 03 88 16 31 60  
 e-mail : [accueil@cscmontagneverte.asso.fr](mailto:accueil@cscmontagneverte.asso.fr)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION / D'ADHÉSION

Adhésion valable du 1<sup>er</sup> Septembre au 31 Août

### Information de l'adhérent 20 /20

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : Masculin  Féminin

N°, rue : .....

Code postal : ..... Ville.....

Tél mobile : ..... mail : .....

Type d'adhésion :      Famille              Individuelle              Jeune              Partenaire

Participe aux activités du centre :      Oui              Non

**Je souhaite recevoir les informations du CSC via la lettre du centre (une fois par mois)**

Je n'autorise pas le personnel à me photographier ou me filmer lors des manifestations ou des activités du centre socioculturel

Je n'autorise pas l'utilisation de mon image dans le cadre des communications internes et externes (plaquettes, lettre du centre, site internet, ...) du centre socioculturel.

### Autres membres de la famille

NOM, Prénom	Date de naissance	Téléphone	Lien de parenté	Participe aux activités

Fait à

Le

Signature



**Le Centre** : 10, rue d'Ostwald 67200 Strasbourg  
**Les Bains** : 1, Quai de la Flassmatt 67200 Strasbourg  
**Les Tanneries** : 305, route de Schirmeck 67200 Strasbourg  
 e-mail : [accueil@cscmontagneverte.asso.fr](mailto:accueil@cscmontagneverte.asso.fr) / tel. 03 88 16 31 60

**AUTORISATIONS SECTEURS ENFANCE-JEUNESSE 20..../20....**

Nous, soussignés, ..... responsables légaux de l'enfant : ..... autorisons/n'autorisons pas le centre à prendre les mesures nécessaires selon le tableau suivant.

<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	Le personnel à sortir mon enfant des locaux du centre socioculturel pour les sorties en groupe. (Si non n'autorisé nous ne pourrons accepter votre enfant lors des sorties programmées)
<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'éducatif ou inhérent à la vie du centre socioculturel.
<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	L'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre des communications internes et externes (plaquettes, lettre du centre, site internet, ...) du centre socioculturel.
<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	Mon enfant à rentrer seul après les activités (18h).
<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	Le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par un médecin et sur présentation de l'ordonnance.
<input type="checkbox"/> <b>Autorisons</b> <input type="checkbox"/> <b>N'autorisons pas</b>	Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'association ou affrétés par celle-ci. (Si non n'autorisé nous ne pourrons accepter votre enfant lors des sorties programmées)

**\*\*\*\*\*Tournez SVP\*\*\*\*\***

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant**

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Lien de parenté</b>

**Parent interdit à récupérer l'enfant (joindre attestation du tribunal)**

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Lien de parenté</b>

**Mon enfant est-il en situation de handicap ?**                      **Oui**                      **Non**

**Si oui, percevez-vous l'AEEH ?**    **Oui**                      **Non**

**Etablissement scolaire :** ..... **Classe :** .....

**Régime alimentaire de mon enfant :**

Standard                      Sans porc (Viande non halal)                      Végétarien

Fait à .....

Le .....

**Signatures**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

20..../20....

1 – **ENFANT**

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie				Rubéole			
Tétanos				Haemophilus influenzae b			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Coqueluche				Oreillons			
Hépatite B				Rougeole			

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

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

**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 ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES 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 ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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

---