



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2020 / 2021

7 Rue des Casernes 67240 Bischwiller  
03 88 63 57 09 – casf@casf-bischwiller.net  
http://casfbischwiller.centres-sociaux.fr  
Page Facebook : CASF Bischwiller

TOUS LES CHAMPS DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE RENSEIGNES

ENFANT A INSCRIRE	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
CP : .....	Ville : .....
Né(e) le : ...../...../.....	A .....
Sexe : - Masculin <input type="checkbox"/> - Féminin <input type="checkbox"/>	
Classe et professeur fréquentée pour l'année scolaire 2020/2021 : .....	
Ecole : - Erlenberg <input type="checkbox"/> - Menuisiers <input type="checkbox"/> - Foch <input type="checkbox"/> - Fileurs <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<p style="text-align: center;"><b>RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT</b></p> <p>- Père <input type="checkbox"/> - Mère <input type="checkbox"/> - Tuteur <input type="checkbox"/> - Famille d'accueil <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : ..... Prénom : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Mail : .....</p> <p>Profession : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT</b></p> <p>- Père <input type="checkbox"/> - Mère <input type="checkbox"/> - Tuteur <input type="checkbox"/> - Famille d'accueil <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : ..... Prénom : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Mail : .....</p> <p>Profession : .....</p>
Situation familiale : - Marié(e) <input type="checkbox"/> - Divorcé(e) <input type="checkbox"/> - Pacs <input type="checkbox"/> - Célibataire <input type="checkbox"/> - Veuf(ve) <input type="checkbox"/> - Séparé(e) <input type="checkbox"/>	
N° Allocataire CAF : ..... Quotient familial : .....	

## A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

## PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (si différent des représentants légaux)

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité et par conséquent je décharge l'équipe d'animation de toute responsabilité. (A partir de 10 ans). OUI  NON

J'autorise le Centre d'Animation Social et Familial à utiliser l'image de mon enfant pour des supports de communication ayant pour unique objectif la promotion des activités du CASF tels que : plaquettes, affiches, tracts, Facebook, expos,.... OUI  NON

Conformément au RGPD et à l'article 34 de la loi « Informatique et libertés », vous disposez d'un droits d'accès et rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit, adressez-vous à [casf@casf-bischwiller.net](mailto:casf@casf-bischwiller.net)

### Documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- Attestation d'assurance scolaire
  - Attestation de la CAF justifiant du quotient familial
  - Carte de membre du CASF (10 € adhésion familiale / 2 € adhésion jeunesse 12 – 17 ans)
  - Autorisation de sortie du territoire + copie carte d'identité du parent signataire du document (pour sortie en Allemagne)
- Copie des vaccins DTP (carnet de santé)
  - Certificat médical pour la pratique d'activités sportives

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT / L'ADOLESCENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../..... Sexe : - Masculin  - Féminin

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs ou le séjour ? - OUI  - NON   
(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**).

**ALLERGIES :**

- Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	- Aucune	<input type="checkbox"/>
- Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	- Alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Autres :	.....			

(Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) : .....  
.....  
.....

**DIFFICULTES DE SANTE :** - Aucune

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation (si oui précisez la/les difficultés et les précautions à prendre)

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

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-il :

- des lunettes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- des lentilles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- un appareil dentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Nom <input type="checkbox"/>
- des prothèses auditives	Oui <input type="checkbox"/>	Nom <input type="checkbox"/>

(Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) : .....  
.....  
.....

Régime alimentaire : .....

## AUTORISATION

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

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Nom du médecin traitant : .....

Numéro de sécurité sociale dont dépend l'enfant : .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire 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 :