

Inscription au(x) stage(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOM (de l’enfant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : M 🞎F 🞎

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code Postal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile ou téléphone professionnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situation CPAM – CAF: Vous êtes au Régime Local, Général, Fonctionnaire, SNCF, EDF, GDF : 🞎 Oui 🞎 Non

Si OUI **votre numéro allocataire CAF (obligatoire) :**  **\_**

Si NON, Régime : 🞎 MSA ou 🞎 Autre régime à préciser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Joindre justificatif du régime

**Pour bénéficier d’un tarif réduit joindre une photocopie de l’ « Attestation de quotient familial  (QF)» de la CAF.**

Les tarifs affichés sont les pleins tarifs. Réduction possible si :

|  |  |
| --- | --- |
| **Quotient Familial** | **Réduction** |
| QF > 1000 | Pas de réduction |
| 800 < QF < 1000 | -10% |
| QF < 800 | -20% |
| Chèques vacances acceptés. Bons CAF non valables. | |

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, père, mère, tuteur autorise mon fils, ma fille, à participer au(x) stage(s) indiqué(s) ci dessus et **autorise/n’autorise pas** mon enfant à quitter seul l’ASCPA à 17h. *(barrer la mention inutile)*

J’autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures concernant mon enfant en cas d’accident nécessitant une intervention urgente.

Le  \_\_ / \_\_ / 20\_\_\_ Signature :

**Le dossier complet et le solde sont à nous remettre au plus tard une semaine avant le début du stage**

Est exigé pour l’inscription :

- cette fiche d’inscription à droite

- un chèque d’acompte de 50 €

Pour l’organisation, doit être joint, au plus tard une semaine avant le début du

stage

- La fiche sanitaire de liaison

- Le certificat médical attestant que l’enfant peut pratiquer les sports concernés

- La photocopie du test d’aisance aquatique pour les activités avec canoë-kayak ou voile

- Le solde du stage



ASCPA 20 rue de la Plaine des Bouchers

67100 STRASBOURG

**🕾 03 88 39 68 24**

***E-mail*:** [**ascpaete@orange.fr**](mailto:ascpaete@orange.fr) **- *Site*:** [**www.ascpa.eu**](http://www.ascpa.fr)

**FICHE D’INSCRIPTION**



DATES ET LIEU DU 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 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  RECOMMANDÉS | DATES |
| 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

**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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE  OUI NON | VARICELLE  OUI NON | ANGINE  OUI NON | RHUMATISME  ARTICULAIRE AIGU  OUI NON | SCARLATINE  OUI NON |
| COQUELUCHE  OUI NON | OTITE  OUI NON | ROUGEOLE  OUI NON | OREILLONS  OUI NON |  |

**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

..............................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................  
..............................................................................................................................................................................  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ............................................................................. PRÉNOM ..................................................................  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)..............................................................................................................  
............................................................................................................................................................................  
............................................................................................................................................................................  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ........................................... BUREAU : ....................................  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).........................................................................

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**ASCPA 20 RUE DE LA PLAINE DES BOUCHERS**

**67100 STRASBOURG**

**🕾 03 88 39 68 24**

*courriel*: [**ascpaete@orange.fr**](mailto:ascpaete@orange.fr) - **Site :** [**www.ascpa.eu**](http://www.ascpa.eu)

**OBSERVATIONS**

Pensez au certificat médical de non contre indication à la pratique des sports concernés

à une photocopie du brevet de natation pour les activités avec canoë-kayak ou voile.