



# FICHE D'INSCRIPTION



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.eu)

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 A NOUS REMETTRE AU PLUS TARD UNE SEMAINE AVANT LE DEBUT DU STAGE



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AIGU 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 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.