



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 (document ci-après)
- 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 - Site: 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 _____

Chaque participant devra être en règle avec son assurance personnelle pour la pratique des activités sportives.

Nom et n° de police d'assurance : _____

Situation CPAM /CAF: vous êtes au Régime Local, Général, Fonctionnaire, SNCF, EDF ou GDF : Oui Non

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

Si NON, Régime : MSA ou Autre régime à préciser: _____

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 :



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 - Site : 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.