



**JEUNES** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Age : ..... Tel portable du jeune : .....  
Sexe : ..... Régime alimentaire : .....  
Adresse postale : ..... Code postal : ..... Ville : .....

**1) RESPONSABLE DU MINEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : ..... Tél travail : ..... Tél portable : .....  
Adresse mail : .....  
Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....  
Régime allocataire :  CAF  MSA  AUTRE : .....  
N° d'allocataire : .....  
N° de sécurité sociale obligatoire (dont dépend l'enfant) : .....  
• J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tous supports de communication non commerciaux :  Oui  Non  
• J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'activité :  Oui  Non  
Si non, coordonnées des personnes autorisées à venir le chercher : .....

**2) VACCINATIONS OBLIGATOIRE** : pour tout dossier incomplet, l'inscription ne pourra être validée.

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant :

Remplir le tableau ci-dessous et joindre les photocopies des pages du carnet.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (Préciser)	
Ou Tétra coq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION, LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Suit-il un traitement médical ?  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 ALLERGIES SUIVANTES

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres (animaux, plantes, pollen...)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatismes articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature obligatoire : .....



# ACTIVITÉS ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

## 1) MODALITÉS D'INSCRIPTION

Inscriptions à l'Espace d'Animations Arthus  
2 Avenue de Lattre de Tassigny  
68920 Wintzenheim  
Téléphone : 09.67.30.72.45  
Email : mbey@mairie-wintzenheim.fr

### Merci de vous munir :

- De la fiche sanitaire
- D'une assurance scolaire-extrascolaire
- De la copie du carnet de vaccination
- Du N° d'allocataire CAF
- D'un moyen de paiement (chèque ou espèces)
- D'une pièce d'identité attestant l'âge du jeune

### Ordre de priorité d'inscription :

1<sup>er</sup> Résident de la commune de Wintzenheim

2<sup>ème</sup> Non résident mais scolarisé dans la commune de Wintzenheim

3<sup>ème</sup> Non résident et non scolarisé dans la commune de Wintzenheim (uniquement s'il reste des places disponibles).

## 2) ADHÉSION ANNUELLE OBLIGATOIRE (année scolaire)

Adhésion de 11 à 17 ans
5€

## 3) ACTIVITÉS ET TARIFS

Cuisine	Pêche
10€	10€

## 4) ACTIVITÉS GRATUITES

Mercredis	Espace jeunes	Futsal

## 5) RÈGLEMENT

Somme totale : .....

Espèces

Chèques (à l'ordre du Trésor Public)

Fait à : ..... Date : .....

Signature obligatoire