



**JEUNES**

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

**1) RESPONSABLE DU MINEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <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 2024-2025

## Espace d'Animations Arthuss

### 1) MODALITÉS D'INSCRIPTION

Inscriptions à l'Espace d'Animations Arthuss  
2 Avenue de Lattre de Tassigny  
68920 Wintzenheim  
Téléphone : 09.67.30.72.45  
Email : mbey@mairie-wintzenheim.fr / sdurand@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
7€
<input type="checkbox"/>

### 3) ACTIVITÉS ET TARIFS

Cuisine les mercredis Du 11/09/24 au 28/05/25 De 12h à 13h30
10€ + 1.50€ par mercredis de présence
<input type="checkbox"/>

### 4) ACTIVITÉS GRATUITES

Espace jeunes les mardis 16h30-18h30 entraide aux devoirs+ projet annuel, mercredis 13h30-17h, jeudis 16h30-18h30, vendredis 14h-19h, samedis 11h-16h	Futsal au COSEC 11-13 ans Mercredis 13h30-15h	Futsal au COSEC 14-17 ans Mercredis 15h-16h30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5) RÈGLEMENT

Somme totale : .....

Espèces                       Chèques (à l'ordre de Régie Animation Wintzenheim)

Fait à : ..... Date : .....

j'accepte que *Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire (qui sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant et ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers) soient saisies et conservées selon la durée d'utilisation administrative.*

Signature obligatoire :