



FEUILLE D'INSCRIPTION ENFANT (3-25 ANS) *
Centre Social Eclaté

ENFANT

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Né(e) le :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>				
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>		
Etablissement scolaire :	<input type="text"/>				

GÉNÉRALITÉS

Régime allocataire **	CAF ** <input type="checkbox"/> Calais <input type="checkbox"/> Autre	N° allocataire :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : _____	N° de sécurité sociale :	<input type="text"/>	
Autorise l'enfant à partir seul **	En cas d'hospitalisation **	<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Hôpital
Atelier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vacances : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

PARENT 1

Lien de Parenté : _____
Prénom : _____
Nom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Téléphone domicile fixe : _____
Téléphone portable : _____
Téléphone professionnel : _____
Mail : _____

PARENT 2

Lien de Parenté : _____
Prénom : _____
Nom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Téléphone domicile fixe : _____
Téléphone portable : _____
Téléphone professionnel : _____
Mail : _____

SITUATION FAMILIALE **

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Veuf |
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Séparé |

SITUATION FAMILIALE **

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Veuf |
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Séparé |

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Agriculteur, exploitant | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Cadre, Profession libérale | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire ¹ | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Inactif |

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Agriculteur, exploitant | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Cadre, Profession libérale | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire ¹ | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Inactif |

1. Profession intermédiaire : ex. Infirmière, professeur, agent de maîtrise, assistante sociale...

Bénéficiaire du RSA ** Oui Non

Bénéficiaire du RSA ** Oui Non

* Tous les renseignements indiqués sur cette feuille restent strictement confidentiels et servent à alimenter les statistiques du Centre Social Eclaté afin d'améliorer les services proposés.

** Cochez la (ou les) case (s) correspondant à votre situation ou votre choix



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Enfant : fille garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme 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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?



AUTORISATION PARENTALE

En inscrivant mon enfant à l'accueil de loisirs,

Madame, Monsieur

Responsable légal de l'enfant.....

L'autorise à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs autorisées par la réglementation.

Autorise l'équipe de direction à prendre toute mesure qu'elle jugera utile dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

Médecin traitant : (NOM, Adresse, Téléphone)

.....

L'autorise à quitter l'Accueil de Loisirs avec les personnes mentionnées ci-dessous :

NOM - Prénom	Téléphone

Fait à Saint Martin, le

Signature du responsable légal

ATELIERS OSTROHOVE (3-25 ANS) **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atelier numérique 6-10 ans (mercredi de 14h à 15h30) | <input type="checkbox"/> Accueil jeunes 12-17 ans (mer, sam de 13h30 à 18h et ven de 17h30 à 20h30) |
| <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité CP/CM2 (lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h30 à 18h30) | <input type="checkbox"/> Accueil jeunes 16-25 ans (jeudi de 18h30 à 20h30) |
| <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité 6 ^{ème} /3 ^{ème} (mardi et jeudi de 16h30 à 18h30) | <input type="checkbox"/> Atelier coopératif 16-25 ans (mardi de 16h30 à 19h) |

ATELIERS MARLBOROUGH (3-25 ANS) **

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accueils de loisirs 3-6 ans (mercredi de 7h45 à 12h) | <input type="checkbox"/> Accueil jeunes 12-17 ans |
| <input type="checkbox"/> Accueils de loisirs 3-6 ans (mercredi de 13h30 à 18h15) | <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité CP/CM2 (lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h45 à 18h30) |
| <input type="checkbox"/> Danse 2½-4 ans (mercredi de 10h15 à 11h) | <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité 6 ^{ème} /3 ^{ème} (mardi et jeudi de 17h30 à 19h) |
| <input type="checkbox"/> Danse 4-6 ans (mercredi de 11h15 à 12h) | |

ATELIERS CENTRE (3-25 ANS) **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accueils de loisirs 6-12 ans (mercredi de 7h45 à 12h) | <input type="checkbox"/> Accueil jeunes 12-17 ans (mer de 13h30 à 18h et sam de 13h30 à 18h) |
| <input type="checkbox"/> Accueils de loisirs 6-12 ans (mercredi de 13h30 à 18h15) | <input type="checkbox"/> Bar à jeux (à partir de 12 ans) (jeu de 18h à 20h et ven de 15h30 à 20h) |
| <input type="checkbox"/> Couture 6-12 ans (mercredi de 14h à 15h30) | <input type="checkbox"/> Danse moderne 14-20 ans (samedi de 10h30 à 12h) |
| <input type="checkbox"/> Danse moderne 6-8 ans (mercredi de 14h à 15h) | <input type="checkbox"/> Danse du monde 14-17 ans (mercredi de 17h à 18h30) |
| <input type="checkbox"/> Danse moderne 8-10 ans (jeudi de 16h30 à 18h) | <input type="checkbox"/> Danse moderne 12-17 ans (mercredi de 18h30 à 20h) |
| <input type="checkbox"/> Danse du monde 8-12 ans (mercredi de 15h à 16h30) | |
| <input type="checkbox"/> Danse moderne 10-12 ans (mardi de 17h30 à 19h) | |
| <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité CP/CM2 (lun, mar, jeu et ven de 16h à 18h30) | |
| <input type="checkbox"/> Acc. à la scolarité 6 ^{ème} /3 ^{ème} (lun, mar, jeu et ven de 16h30 à 19h) | |

- J'autorise
 Je n'autorise pas

le Centre Social Eclaté à photographier et filmer mon enfant, dans le cadre de ses activités, pour utiliser son image sur des supports de communication (internet, presse locale, lettres d'informations, brochures, dépliants, affiches et films).

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la comptabilité du centre social. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Julietta WATTEZ, Présidente du Centre Social Eclaté, par mail à espaceadministratif@centresocialeclate.com ou par courrier à Centre Social Eclaté - 6/8, résidence René Descartes - BP 922 - 62280 Saint-Martin-Boulogne.

En adhérant à l'association et en remplissant ce formulaire d'inscription, vous acceptez que l'Association Centre Social Eclaté mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire dans le but d'améliorer votre expérience et vos interactions avec elle. En l'occurrence, vous autorisez l'Association Centre Social Eclaté à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses projets et appels à dons via les coordonnées collectées dans le formulaire. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'Association Centre Social Eclaté s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'INSCRIPTION

1. Je dois fournir le carnet de santé de l'enfant. **2.** Je dois fournir un justificatif de domicile. **3.** Le paiement s'effectue à l'inscription. **4.** Je certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sur ce document sont exacts. **5.** Je déclare avoir lu les conditions générales d'inscription.

A Saint-Martin-Boulogne, le _____

Signature :