



S.L. CONSTANTIA Strasbourg-Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

loisirs@slconstantia.com

ALSH – Vacances scolaires
Multisports

Tél. 07 68 33 58 80

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE saison 2018/2019

Centre d'accueil de loisirs Constantia-Neudorf

Vacances scolaires 2018/2019

Dossier d'inscription (renseignements : loisirs@slconstantia.com , Tél. 07 68 33 58 80)

à faire parvenir à l'adresse suivante : **Constantia – ALSH
EHSAN ZIAH Osman
26 rue des Pluviers
67100 STRASBOURG**

Pour être validé, le dossier d'inscription doit être rendu avec l'ensemble des documents demandés. Les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets !

Pièces à fournir au dossier d'inscription :

- O Fiche de renseignements complétée et signée,
- O 1 photo d'identité,
- O Fiche sanitaire de liaison
- O Copies des pages de vaccination du carnet de santé
- O Attestation de quotient familial récent (CAF)
- O Règlement en chèque, espèce, chèque ANCV

Nous vous informons que pour un bon déroulement de l'accueil, nous demandons à ce que votre enfant puisse avoir

- **une paire de basket propres qu'il utilisera uniquement en salle, en plus des chaussures qu'il aura aux pieds pour venir...**
- **une bouteille d'eau,**
- **2 goûters (pour 10h et 16h...)**
- **éventuellement une serviette pour s'éponger en cas de forte transpiration**
- **des habits "chauds" pour les déplacements à pied**
- **une casquette, un imperméable**
- **un tee-shirt de rechange pourrait également être utile...**

Un temps d'accueil pour les enfants est prévu de 8h à 9h, heure à laquelle commencent les activités.

Les animations s'arrêtent à 17h, heure à partir de laquelle vous pouvez chercher votre enfant (jusqu'à 18h au plus tard)

L'accueil se déroulera au gymnase Aristide Briand, avenue du Rhin (entrée par le parking arrière qui se trouve à côté d'Evae, rue de Prague). Nous vous rappelons que le déjeuner sera pris en commun au Centre du Bruckhof (rue de Sultz) où nous nous déplacerons à pied.

Strasbourg.eu
eurométropole

Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 - Code APE/NAF 8551Z
Inscrite au Registre des Associations Vol. XVII N°34 au Tribunal d'Instance de Strasbourg
Agréée par la Direction Départementale - de la Jeunesse et des Sports sous le N° 4459,
- de la Cohésion Sociale : 067 0497 CL 0001 14

Affiliée à :
- l'Office des Sports de la Ville de Strasbourg sous le N° 76,
- la Fédération Sportive et Culturelle de France sous le N°067 0173,
- la Fédération Française de Volley-ball sous le N° 067 4389,
- la Fédération Française de Badminton sous le n°Bad67SLCSN
- la Fédération Française de Tennis

Site Internet : www.slconstantia.com

Crédit Mutuel
LA banque à qui parler

Strasbourg Neudorf

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
BAS-RHIN

www.bas-rhin.fr



S.L. CONSTANTIA Strasbourg - Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

Parents :

	Père	Mère
NOM		
Prénom		
Adresse mail (1)		
Profession (facultatif)		
Adresse complète (si différente)		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone du bureau		
En cas de séparation, cochez dans la colonne de la personne qui peut être amenée à chercher l'enfant.	O	O

(1) Toutes les communications internes s'effectuent prioritairement par l'intermédiaire des mails. Votre adresse ne sera pas communiquée.

Autres personnes adultes autorisés à chercher l'enfant :

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Je soussigné Mr-Mme _____ responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise mon fils, ma fille à participer aux activités de l'association Constantia et m'engage à respecter le règlement de l'association.

Je donne l'autorisation de prendre, le cas échéant et en mon absence, toutes les dispositions nécessaires face à une intervention médicale ou chirurgicale.

Autorise mon enfant à rentrer seul à 17h : oui non

DROIT A L'IMAGE

Autorise N'autorise pas l'utilisation de l'image de mon enfant sur les seuls outils de communication issus de la Constantia (sites, affiches, dossiers).

L'association s'engage à protéger ces photos : ne pas y faire figurer le nom de votre enfant et ne les utiliser que pour un usage strictement réservé à l'association.

Date et signature du représentant légal :

Strasbourg.eu
euro métropole

Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 Code APE/NAF 8551Z
Inscrite au Registre des Associations Vol. XVII N°34 au Tribunal d'Instance de Strasbourg
Agréée par la Direction Départementale - de la Jeunesse et des Sports sous le N° 4459,
- de la Cohésion Sociale : 067 0497 CL 0001 14

Affiliée à :
- l'Office des Sports de la Ville de Strasbourg sous le N° 76,
- la Fédération Sportive et Culturelle de France sous le N°067 0173,
- la Fédération Française de Volley-ball sous le N° 067 4389,
- la Fédération Française de Badminton sous le n°Bad67SLCSN
- la Fédération Française de Tennis

Site Internet : www.slconstantia.com

Crédit Mutuel
LA banque à qui parler

Strasbourg Neudorf

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
BAS-RHIN

www.bas-rhin.fr



S.L. CONSTANTIA Strasbourg-Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : M ou F

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à ____ (____)

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ (indispensable en cas de déclaration d'accident)

Adresse : N° : ____ Rue : _____ Etage/Bâtiment _____

Code postal : _____ Ville : _____

Dates d'accueil demandées : (1)

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Inscriptions pour 10 jours min durant la saison 18/19 (-1€/jour)	Plusieurs enfants d'un même foyer (-1€/jour)	Membre Constantia (-1€/jour) section à préciser
Hiver	11/02 O	12/02 O	13/02 O	14/02 O	15/02 O	O	O	O Gym
Print.	08/04 O	09/04 O	10/04 O	11/04 O	12/04 O			O VB
Juillet	08/07 O	09/07 O	10/07 O	11/07 O	12/07 O			O Autre à préciser :
	15/07 O	16/07 O	17/07 O	18/07 O	19/07 O			_____
	22/07 O	23/07 O	24/07 O	25/07 O	26/07 O			_____

Montant de l'inscription :

Cotisation à la journée (1)	Quotient familial	CF < 410	CF de 411 à 620	CF de 621 à 920	CF de 921 à 1540	CF > 1540
	Cotisation de base par jour d'ALSH	15,00 €	16,00 €	17,00 €	18,00 €	19,00 €
	Cotisation par jour après déductions éventuelles	O	O	O	O	O
		_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Nombre de jour (____) x Montant de cotisation journalière (_____ €) = _____ € réglés par CHEQUE – ESPECE – ANCV (2)

(1) cocher les cases correspondantes

(2) entourer le mode de paiement

Signature :

O Je désire une attestation de participation et de paiement à l'issue de l'accueil (1)

Strasbourg.eu

Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 Code APE/NAF 8551Z
Inscrite au Registre des Associations Vol. XVII N°34 au Tribunal d'Instance de Strasbourg
Agréée par la Direction Départementale - de la Jeunesse et des Sports sous le N° 4459,
- de la Cohésion Sociale : 067 0497 CL 0001 14

Grand Est
ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE

Affiliée à :
- l'Office des Sports de la Ville de Strasbourg sous le N° 76,
- la Fédération Sportive et Culturelle de France sous le N°067 0173,
- la Fédération Française de Volley-ball sous le N° 067 4389,
- la Fédération Française de Badminton sous le n°Bad67SLCSN
- la Fédération Française de Tennis

Site Internet : www.slconstantia.com

Crédit Mutuel
LA banque à qui parler

Strasbourg Neudorf

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
BAS-RHIN

www.bas-rhin.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document conçu d'après le Cerfa N° 10008*02

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le centre d'accueil de loisirs de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin de l'année scolaire accompagnée d'éventuelles observations, et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé par les organisateurs.

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ GARÇON FILLE

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? 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 des allergies ? oui non

Précisez le type d'allergie :
 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)

Autres renseignements : Votre enfant a-t-il des soucis de santé (ex : malaises fréquents, énurésie, convulsions, etc.) ?

Régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien...)

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les Photocopies ! Si l'Enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation sécurité sociale (Pas la photocopie de la carte), de votre CMU.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio)				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2

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

	oui	Non		oui	non
RUBÉOLE			OTITE		
VARICELLE			ROUGEOLE		
ANGINE			SCARLATINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OREILLONS		
COQUELUCHE					

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE CLSH

Responsable légal : Père Mère Tuteur
 NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE (pendant le séjour) :
 CP : Ville :
 Tél. domicile : Tél. travail :
 Autre personne à prévenir en cas d'absence :
 Statut : (conjoint, grands-parents, ami) :
 N° Tél. :
 Caisse primaire d'assurance maladie :
 N° Sécu :
 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ____ / ____ / ____ Signature :

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DU CLSH

N° agrément jeunesse et cohésion sociale : 067 0497 CL 0001 14
 Nom du directeur de séjour
 Observations faites en cours de séjour :

