



S.L. CONSTANTIA Strasbourg - Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

Centre d'accueil de loisirs Constantia à l'école élémentaire Albert Legrand

Vacances scolaires de la Toussaint

Dossier d'inscription (renseignements : loisirs@slconstantia.com)

à faire parvenir

o à l'adresse suivante :

Constantia – ALSH
EHSAN ZIAH Osman
26 rue des Pluviers
67100 STRASBOURG

o à remettre directement à l'association dans les murs de l'école Albert Legrand aux horaires suivants :

- mardi 14 octobre de 18h à 19h30 (au gymnase de l'école)
- mercredi 15 octobre de 14h à 17h (accueil de loisirs dans les bâtiment de l'école, 1er étage du 2ème bâtiment) ou de 17h à 18h30 (au gymnase)
- jeudi 16 octobre de 18h à 20h (au gymnase de l'école)

Pour être validé, le dossier d'inscription doit être rendu avec l'ensemble des documents demandés et le règlement des frais d'inscription. Les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets ! **Clôture des inscriptions le jeudi 16 octobre au soir...**

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : M ou F **Naissance :** / /

Partie réservée à la Constantia

O Fiche de renseignements complétée (talon réponse ALSH)

O 1 photo d'identité (facultatif)

O Fiche sanitaire de liaison.

O Copies du carnet santé (pages de vaccinations).

O Attestation du droit à l'image signée.

O Cotisation de _____ € o en 1 chèque o en espèces
o en chèque ANCV (_____)

Dossier d'inscription complété le _____, attestation envoyée le _____

Dossier : Toussaint 6 - 12 ans : n° _____ / 24

Partenaires :



Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 Code APE 926 C
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
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

Partenaires :





S.L. CONSTANTIA Strasbourg-Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

ALSH Toussaint - Legrand INSCRIPTION ADMINISTRATIVE SAISON 2014/2015

Enfant :

NOM : _____

Prénom(s) : _____

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

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

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

Code postal : _____ Ville : _____

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.

Autre personne adulte susceptible de chercher l'enfant :

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Partenaires :



Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 Code APE 926 C
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
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



Partenaires :



S.L. CONSTANTIA Strasbourg-Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

Montant de la cotisation pour une semaine :

Veillez trouver le montant suivant, _____ (CHEQUE - ESPECE - chèques ANCV) (2) correspondant à :

	Non-membre de la Constantia	Membre de la Constantia
Lundi 20 octobre 2014	O → 12 €	O → 10 €
Mardi 21 octobre 2014	O → 12 €	O → 10 €
Mercredi 22 octobre 2014	O → 12 €	O → 10 €
Jeudi 23 octobre 2014	O → 12 €	O → 10 €
Vendredi 24 octobre 2014	O → 12 €	O → 10 €
Total	€	€

- Membres de la Constantia, indiquer la section : *O Accueil du mercredi*
O Volley-ball
O Gymnastique

(1) cocher les cases correspondantes aux dates d'inscription souhaitées
(2) entourer le mode de paiement

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, toutes les dispositions nécessaires face à une intervention médicale ou chirurgicale.

Autorise mon enfant à rentrer seul à 17h30 : 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

Partenaires :



Siège Social: 68, Rue du Général Offenstein 67100 Strasbourg
N° SIRET : 778 864 330 000 23 Code APE 926 C
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
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



Partenaires :



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 sport 4459

Nom du directeur de séjour

Observations faites en cours de séjour :

.....

