

# FICHE INSCRIPTION DABO 2010

## Parents :

NOM et prénom du père (ou tuteur) : .....  
 Adresse : .....  
 N° Tél. : ..... N° Portable : .....  
 Profession : ..... Email : .....  
 Nom & adresse de l'employeur du père : .....  
 ..... N° Tél. Prof. : .....

NOM et prénom de la mère (ou tutrice) : .....  
 Adresse : .....  
 N° Téléphone: ..... N° Portable : .....  
 Profession : ..... Email : .....  
 Nom & adresse de l'employeur de la mère : .....  
 ..... N° Tél. Prof. : .....

Catégorie socioprofessionnelle N°.....

Catégorie socioprofessionnelle N°.....

(À compléter en fonction de la classification suivante : 1=agriculteur, exploitant/ 2 =artisan, commerçant/ 3=cadre, profession intermédiaire supérieure / 4=profession intermédiaire / 5=employé / 6=ouvrier / 7=au chômage / 8=au foyer)

Nom & N° de l'Assurance Responsabilité Civile ou Extra Scolaire :

**N° d'allocataire CAF ou MSA:.....**

## MENTION OBLIGATOIRE

J'autorise que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des animations proposées par le Réseau Animation Jeunes, association intercommunale de la Communauté de Communes de la Région de Saverne. Oui  Non

Ces images pourront être utilisées lors des expositions, tracts ou réunions organisés par le RAJ et diffusées sur le site internet RAJ.

**Arrêt de bus :** Entourer votre choix :  
 Dettwiller : **8h30** Steinbourg : **8h40** Monswiller : **8h50** Saverne : **9h00**  
 (Présence souhaitée 10 min avant départ) Place Coop Place Mairie Cour Mairie Place Dragons (cosec)  
 Retour : **18h00** Retour : **17h50** Retour : **17h40** Retour : **17h30**

**ATTENTION : -Aux arrêts de bus, les parents seront responsables de leur (s) enfant(s) le matin jusqu'à la montée de(s) enfant(s) dans le bus et de la prise en charge par l'animateur, le soir à partir de la descente de(s) enfant(s) du bus.  
 -Pas de garderie le matin et le soir.**

Nom – Prénom Enfant	Date de naissance	Semaine du 05/07 au 9/07	Camp VTT du 7/09 au 9/09	Semaine du 12/07 au 16/07	Semaine du 19/07 au 23/07	Camp Escalade du 19/07 au 20/07	Semaine du 26/07 au 30/07	Camp Escalade du 26/07 au 27/07	Mini-camp les mardis 6, 20 et 27 juillet pour les 10-16 ans	Mon premier camp les jeudis 8, 15 et 28 juillet pour les 6-9 ans

**Une facture globale (inscription, mini-camps et acompte déduit) sera établie et vous sera transmise en fin de séjour de votre enfant.**

### **PIECES A JOINDRE: OBLIGATOIREMENT**

- Avis d'imposition 2008
- Acompte financier d'une valeur de 30 € (trente euros) pour valider l'inscription de l'enfant
- Photocopie bulletin de santé de l'enfant (vaccins)
- Certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique d'activités sportives
- Fiche d'inscription ci-dessus
- Fiche sanitaire au dos

### **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e),.....

- autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités, sorties et diverses animations organisées par le centre de loisirs.

Date :

- autorise mon (mes) enfants à rentrer seul à la descente du bus le soir  oui  non

Signature :

# FICHE SANITAIRE DABO 2010

	1 er enfant	2 ème enfant	3 ème enfant
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Vaccin : BCG Date dernier rappel	Oui      Non	Oui      Non	Oui      Non
Vaccin : DTP Date dernier rappel	Oui      Non	Oui      Non	Oui      Non

► L'enfant suit-il un traitement médical pendant le centre de loisirs ?    oui                   non

**Si oui, préciser le prénom de l'enfant et joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marqués au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

.....  
 .....  
 ► L'enfant a-t-il une allergie (asthme, alimentaire, médicamenteuse) ?    oui                   non

Si oui, préciser le prénom de l'enfant et préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir  
 (si automédication le signaler).....

.....  
 .....  
 ► L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Préciser : .....

.....  
 .....  
 ► Autres observations : .....

.....  
 .....  
 ► Médecin traitant : ..... N°Tel : .....

Adresse : .....

**► Responsable de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....

**► En cas d'urgence, prévenir :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....

**► Autorisation parentale :**

Je soussigné, .....

Responsable de l'enfant déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :