VILLE DE SCHILTIGHEIM

Inscription et autorisation pour les Activités 2017 / 2018 proposées par le service Enfance et Jeunesse

(Validité du 01/09/2017 au 31/08/2018)

ENFANT / JEUNE :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| A : _____ ☐ masculin ☐ féminin

Destinataire de la facture : MERE ☐ PERE ☐ Autre ☐ à préciser _____

DOMICILE DE L'ENFANT / DU JEUNE : **MÈRE ☐** **PÈRE ☐** **TUTEUR ☐**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse N° / rue : _____

CP : _____ Commune : _____

Tél domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Port. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Prof. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Courriel : _____

Situation familiale : Marié(e) ☐ Divorcé(e) ou séparé(e) ☐ Concubinage ☐ Monoparentale ☐ Veuf(ve) ☐ PACS ☐

☐ **Autorise** la diffusion de l'image et de la voix ☐ **N'autorise** pas la diffusion de l'image et de la voix

☐ **Autorise** mon enfant à rentrer seul de l'activité ☐ **N'autorise** pas mon enfant à rentrer seul de l'activité

DOMICILE DE L'AUTRE PARENT (SI DIFFERENT) : **MÈRE ☐** **PÈRE ☐** **TUTEUR ☐**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse N° / rue : _____

CP : _____ Commune : _____

Tél domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Port. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Prof. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Courriel : _____

ENGAGEMENT DES PARENTS

Le soussigné, après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement :

- s'engage à payer les factures pour les activités tarifées, aucune réinscription ne sera possible s'il reste des impayés aux services de la ville.
- s'engage à chercher régulièrement l'enfant aux heures de sortie des activités,
- autorise la Ville à prendre toutes les mesures d'ordre médical ou chirurgical en cas d'accident,
- certifie avoir souscrit pour l'enfant une assurance responsabilité civile et accidents,
- J'ai noté que l'annulation est possible au **minimum 7 jours avant l'activité** ou sur présentation d'un certificat médical. Dans tout autre cas, l'activité sera facturée.
- certifie avoir pris connaissance du règlement lié au fonctionnement des activités du service Enfance et Jeunesse.
- Les téléphones portables sont interdits pendant les activités.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus et m'engage à signaler à la Ville de Schiltigheim tout changement dans la situation de la famille au cours de l'année scolaire.

En application de la loi du 06/01/1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous êtes informés que :

- Les seuls destinataires de ces informations sont les services concernés de la Ville de Schiltigheim, de l'Education Nationale et de la Recette des Finances.
- Vous êtes habilités à obtenir les informations nominatives recueillies et d'en demander toutes rectifications.

« Lu et approuvé »
suivi de la signature du représentant légal

Schiltigheim, le _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT	
PRENOM DE L'ENFANT	
DATE DE NAISSANCE	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE	OUI □ NON □
ALLERGIES	Asthme OUI □ NON □ Alimentaires OUI □ NON □ Médicamenteuses OUI □ NON □ Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto médication, le signaler) : ....
Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.	....
Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.	....

Je soussigné, ..., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service Petite Enfance, Enfance et Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues necessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :