

**Centre Socio Culturel de Wittelsheim**  
 32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM  
 Tél: 03.89.55.45.46 Port:07.71.58.86.97.  
 Mail: jeunesse@csc-wittelsheim.com  
 Web: www.csc-wittelsheim.com



## Fiche Famille

Parent 1
Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____ _____ _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Adresse mail: * _____
Situation familiale: _____
Profession: _____
Adresse / Nom employeur: _____ _____ _____
Téléphone prof. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Parent 2
Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____ _____ _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Adresse mail: * _____
Situation familiale: _____
Profession: _____
Adresse / Nom employeur: _____ _____ _____
Téléphone prof. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

### Généralités

Régime
Régime allocataire: _____
Allocataire: _____
N°Allocataire: _____
Régime sécurité sociale: général / autre / MSA

Situation financière
Nb d'enfants à charge: _____
Nb d'enfants total: _____
Nb de parts: _____
Quotient familial: _____

Divers
Catégories socio Prof: _____
Quartier: _____

Remarques

Je (Nous) soussigné(s), \_\_\_\_\_ responsable(s) légal(aux) de l'adhérent certifi(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



## Centre Socio Culturel de Wittelsheim

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 03.89.55.45.46 Port:06.71.58.86.97.

Mail: [jeunesse@csc-wittelsheim.com](mailto:jeunesse@csc-wittelsheim.com)

Web: [www.csc-wittelsheim.com](http://www.csc-wittelsheim.com)



## Fiche Médicale

L'enfant:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Mère:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Père:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Maladies:

- Angine       Rougeole       Coqueluche  
 Rhumatisme       Oreillons       Otite  
 Rubéole       Scarlatine       Varicelle

Allergies:

- Alimentaire       Asthme       Médicamenteuse

A préciser:

Traitement médical:

Difficultés de santé:

Recommandations utiles des parents:

Description et traitement du handicap:

Votre enfant est il porteur d'un handicap?

Si oui, lequel?

Médecin traitant

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Responsable de l'enfant

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également si nécessaire, le responsable de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## Autorisation Parentale

Je soussigné (e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Responsable légal de :

Nom : ..... Prénom : .....

- 1) L'autorise à participer aux activités et sorties proposées par le Service Jeunesse ; j'ai bien compris que pendant les périodes hors vacances l'accès au Service Jeunesse est libre et que mon fils/ma fille vient et repart en autonomie.
- 2) Autorise les responsables des activités à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé du jeune (hospitalisation, interventions chirurgicales,...).
- 3) Autorise les membres du Service Jeunesse à véhiculer mon enfant lors des activités.
- 4) Autorise le Service Jeunesse à utiliser l'image du jeune sur les supports photographiques et/ou vidéos dans le cadre des activités du Centre Socio Culturel :  
**Oui - Non**
- 5) Autorise le Service Jeunesse à utiliser l'image du jeune pour une publication dans la Presse :  
**Oui - Non**
- 6) Autorise le Service Jeunesse à utiliser l'image du jeune pour alimenter la communication autour des activités sur les réseaux sociaux. Il s'agit de valoriser les activités des jeunes par des montages vidéos ou photos que nous publions sur notre page facebook Espace Jeunesse :  
**Oui - Non**
- 7) Certifie avoir lu et approuvé **avec le jeune** les modalités d'inscription, de participation aux activités.
- 8) Certifie avoir lu et approuvé **avec le jeune** le règlement intérieur dans son intégralité.

Date :            /        /

Signature du responsable légal  
précédée de la mention « **Lu et approuvé** »