

**Wit'taCité Centre Socioculturel**

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 03.89.55.45.46

Mail: [administration@wittacite.fr](mailto:administration@wittacite.fr)Web: [www.wittacite.fr](http://www.wittacite.fr)**Fiche Famille**

Parent 1	Parent 2
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Adresse: _____ _____	Adresse: _____ _____
Ville: _____	Ville: _____
Code postal: _____	Code postal: _____
Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Adresse mail: - _____	Adresse mail: _____
Situation familiale: _____	Situation familiale: _____
Profession: _____	Profession: _____
Adresse / Nom employeur: _____ _____	Adresse / Nom employeur: _____ _____
Téléphone prof. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Téléphone prof. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

**Généralités****Régime**

Régime sécurité sociale: général / local

Autre régime précisez : \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_



## Wit'taCité Centre Socioculturel

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 03.89.55.45.46

Mail: [administration@wittacite.fr](mailto:administration@wittacite.fr)

Web: [www.wittacite.fr](http://www.wittacite.fr)

2020 - 2021



### Fiche Médicale

L'enfant:

Prénom: \_\_\_\_\_

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

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

Mère:

Père:

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

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

Prénom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Vaccins: **DT Polio obligatoire**

Tous les enfants nés après le 1er janvier 2018 devront en plus du DT Polio avoir les vaccinations suivantes: coqueluche, hépatite B, rougeole, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.

Allergies:

Alimentaire  Asthme  Médicamenteuse

A préciser:

Traitement médical:

Si votre enfant est porteur de handicap ou à un traitement médical nous devons mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI). En cas de PAI, prendre rdv avec la responsable

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

N° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_



## SERVICE ENFANCE

ACCUEIL DE LOISIRS ET PERISCOLAIRE

114 RUE DE REININGUE

68310 WITTELSHEIM

Tèl : 03.89.31.76.00

Mail : periscolaire@wittacite.fr

## REGLEMENT INTERIEUR DU SERVICE ENFANCE 2020 / 2021

Pour prendre connaissance de notre règlement intérieur :

Il vous est possible de le télécharger sur notre site internet : [www.csc-wittelsheim.com](http://www.csc-wittelsheim.com) rubrique « Service enfance ». D'autres exemplaires seront consultables à l'accueil et au secrétariat du périscolaire de la Maison de la Jeunesse ainsi qu'au secrétariat du Centre Socio Culturel, 32 rue du Cher. Pour toute inscription, il sera impératif de nous remettre le talon réponse ci-dessous dûment rempli.

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Père – mère – tuteur (rayer les mentions inutiles) de l'enfant .....

Demeurant à \_\_\_\_\_, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire du CSC de Wittelsheim

### AUTORISATIONS DIVERSES POUR LES PRISES DE VUE

Je soussigné (e) M. Mme ..... Parent de l'enfant .....

Donne mon accord au Centre Socioculturel de Wittelsheim dans le cadre de ses activités :

- |  |                          |     |                          |     |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - photographié individuellement mon enfant     | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - publication dans la presse                   | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - sur le Facebook du Centre Socioculturel      | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - sur le site internet du Centre Socioculturel | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

J'autorise mon enfant à figurer sur un film vidéo (ou un enregistrement sonore) dans le cadre de la valorisation d'une action et donne mon accord pour l'exploitation ultérieure des images réalisées et/ou de la voix de mon enfant par lesquelles il serait reconnaissable, ainsi que la publication sur nos sites internet.

oui  non

Fait à Wittelsheim, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature pour l'intégralité des informations de ce document précédée de la mention « lu et approuvé »