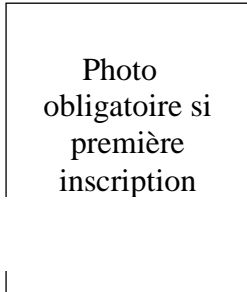


La Cinquième Saison  
Accueil de Loisir Sans Hébergement (ALSH)  
2C Rue du Schnokeloch  
67200 Strasbourg  
[lacinquiemesaisonash@gmail.com](mailto:lacinquiemesaisonash@gmail.com)



## FICHE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON- LA CINQUIEME SAISON Année 2019

Merci de renseigner en lettres MAJUSCULES

Informations concernant l'enfant que vous souhaitez inscrire :

ENFANT: NOM:.....PRENOM.....

F  M  NE(E) LE :..... A :.....

ADRESSE :.....

Numéro allocataire CAF :.....

Numéro de Sécurité sociale :.....

Régime : Général  MSA  AUTRES (Précisez) :.....

ETABLISSEMENT FREQUENTÉ EN DEHORS DES VACANCES SCOLAIRES:.....

Père : NOM :..... Mère : NOM :.....

PRÉNOM :..... PRÉNOM :.....

ADRESSE :..... ADRESSE :.....

TEL :..... TEL :.....

MOBILE :..... MOBILE :.....

E-mail : |..... E-mail : .....

PROFESSION :..... PROFESSION :.....

EMLOYEUR :..... EMPLOYEUR :.....

TEL :..... TEL :.....

### SITUATION PARENTALE

Les deux parents sont titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale :

Oui  non  (si non, veuillez fournir les justificatifs)

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS (Nom, adresse, tél.)

.....  
.....

**Personnes autorisées à chercher mon (mes) enfant(s): (remplir les autorisations spécifiques) :**

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE/MOBILE

- J'autorise que l'image de mon (mes) enfant(s) puisse apparaître sur les différents supports de l'association pour sa communication dans le cadre de ses activités : oui  non

- Certifie avoir souscrit pour mon enfant une assurance couvrant le risque de dommage causé par l'enfant, mais également le risque de dommage dont il pourrait être la victime (responsabilité civile + dommages corporels).  
oui  non  (**Joindre l'attestation chaque année à la première inscription**)

<h2>Fiche de santé</h2>
-------------------------

**MEDECIN :**

NOM MEDECIN

TRAITANT : ..... TEL : .....

ADRESSE : .....

**ALLERGIES :**

.....  
.....  
.....

**RÉGIME ALIMENTAIRE :**

.....  
.....  
.....

**MALADIES INFANTILES:**

.....  
.....  
.....  
.....

## VACCINATIONS :

Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : diphtérie, tétanos, polio. Il est **obligatoire de joindre au dossier** un certificat de vaccination, la photocopie du carnet de santé ou un certificat de contre-indication **datant de moins d'un an** établi par un médecin.

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

## TRAITEMENT :

Si votre enfant suit un traitement médical, vous devez nous transmettre l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine.

## PARTICULARITES DE L'ENFANT :

### IMPORTANT :

- **Merci de nous tenir informé en cas de changements des renseignements ci-dessus durant l'année.**
- **Joindre l'attestation d'assurance Responsabilité Civile et dommages corporels.**
- **L'adhésion à l'association La Cinquième Saison est obligatoire pour l'inscription des enfants. Joindre un chèque de 10 euros correspondant à la cotisation 2019.**
- **Pour les inscriptions durant les vacances scolaires, l'inscription pour la période demandée sera définitive après validation par le directeur de La Cinquième Saison (ou de son représentant) ET sous condition de réception du règlement du montant de la réservation pour la période demandée.**
- **Joindre un certificat de vaccination, la photocopie du carnet de santé ou un certificat de contre-indication datant de moins d'un an établi par un médecin.**
- **Si votre enfant suit un traitement médical, vous devez nous transmettre l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine.**

Fait à Strasbourg, le.....

Signature **OBLIGATOIRE** du/des représentants légaux, cette signature vaut adhésion à l'association et acceptation du règlement intérieur :

Signature :

Signature :

### **Cadre réservé à l'administration :**

- Paiement de l'adhésion à l'association pour l'année 2019 d'un montant de 10 euros ? :    oui / non
- Attestation assurance remise ?    oui / non

# DECHARGE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

**Je soussigné(e)**

mère.....

.....

père.....

.....

**Domicilié**.....

.....

.....

.....

**Parents ou représentant légal de**

.....

**Numéro de sécurité**

**sociale :**..... **Caisse :**.....

**Autorise un membre de l'Association La Cinquième Saison à faire toute démarche nécessaire, au cas où l'état de mon (mes) enfant(s) nécessiterait des soins urgents, et lui donne pouvoir à signer, en mon absence, la décharge pour une éventuelle hospitalisation ou intervention chirurgicale.**

**Fait à**..... **le**.....

**Signature(s) :**