

Wit'taCité Centre Socioculturel de Wittelsheim

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 07.71.58.86.97

Mail: jeunesse@wittacite.fr

Web: 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 de Wittelsheim

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 07.71.58.86.97

Mail: jeunesse@wittacite.fr

Web: www.wittacite.fr



Fiche Jeune

Nom: _____	Sexe: Fille / Garçon
Prénom: _____	Nationalité: _____
Adresse: _____ _____	Lieu de naissance: _____
_____	Date de naissance: _____

Ville: _____	Scolarité
Code postal: _____	Établissement scolaire: _____
Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Classe: _____
Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	
Adresse mail: _____	Régime alimentaire (veuillez préciser)
	Sans viande Autre: _____

Personnes **majeures** autorisées à chercher le jeune s'il n'est pas autorisé à rentrer seul (lors des activités pendant les vacances scolaires).

Nom: _____	Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Prénom: _____	Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Lien de parenté: _____	
Nom: _____	Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Prénom: _____	Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Lien de parenté: _____	
Nom: _____	Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Prénom: _____	Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Lien de parenté: _____	
Nom: _____	Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Prénom: _____	Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Lien de parenté: _____	

Wit'taCité Centre Socioculturel de Wittelsheim

32, rue du Cher — 68310 WITTELSHEIM

Tél: 07.71.58.86.97

Mail: jeunesse@wittacite.fr

Web: www.wittacite.fr



Fiche Médicale

L'enfant:

Prénom: _____

Nom: _____

Date de naissance: _____

Mère:

Père:

Nom: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Prénom: _____

Vaccins: **DT Polio obligatoire**

Allergies:

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.

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: _____

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 internet. Il s'agit de valoriser les activités des jeunes par des montages vidéos ou photos que nous publions notamment 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. Pour prendre connaissance de notre règlement intérieur il vous est possible de le télécharger sur notre site internet : www.csc-wittelsheim.com rubrique « Service jeunesse ». D'autres exemplaires sont disponibles au local du Service Jeunesse.

Date : / /

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