

**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
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. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

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)

2021 - 2022



## Fiche Enfant

Nom: _____	Sexe: Fille / Garçon
Prénom: _____	Nationalité: _____
Adresse: _____ _____	Lieu de naissance: _____
_____	Date de naissance: _____
Ville: _____	<b>Scolarité</b>
Code postal: _____	Établissement scolaire: _____
Téléphone domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Classe: _____
Téléphone portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___	
Adresse mail: _____	

## Personnes autorisées à chercher l'enfant *(autres que les responsables légaux)*

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

## 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)

2021 - 2022



### 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: \_\_\_\_\_