



Association de Coordination Socioculturelle  
de la ville d'Hayange

13 rue Général Leclerc

57700 HAYANGE

☎ 03.82.86.82.30

✉ : acsh@orange.fr

**Fiche d'inscription 2021/2022**

**À l'activité « HIP HOP »**

**Secteur ados**

**AU CASC à St Nicolas en Forêt**

**Renseignements concernant votre enfant :**

Nom..... Prénom.....

Date de naissance .....

Adresse .....

Collège ou lycée fréquenté.....

**Renseignements concernant les parents :**

**Le Père ou Tuteur :**

**La Mère ou Tutrice**

Nom ..... Prénom.....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 N° CAF : .....  
 ☎ : .....  
 ✉ : .....  
 Email : .....  
 Employeur (nom, adresse).....

Nom ..... Prénom.....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 N° CAF : .....  
 ☎ : .....  
 ✉ : .....  
 Email : .....  
 Employeur (nom, adresse).....

**Modalité d'inscription :**

Votre enfant est inscrit(e) à l'activité HIP HOP à compter du

**Mercredi .....2021 au CASC – 7bis PLACE DE LA FONTAINE – ST NICOLAS**

Le mercredi de 18h à 19h30 pour les débutants

Le mercredi de 19h30 à 21h pour les confirmés

Certificat médical à fournir avec le dossier

Le dossier complet (fiche d'inscription, fiche sanitaire, certificat médical et règlement) est à retourner :

- A l'ACSH, 13 rue du général Leclerc à Hayange

**Règlement de l'association :**

Aucun remboursement ne se fera si votre enfant abandonne l'activité en cours d'année (sauf problèmes médicaux).

Les objets de valeurs sont interdits. L'Association se décharge de toutes responsabilités en cas de vol ou de perte.

**Tarifs :**

60 euros l'année pour les hayangeois ou scolarisés à Hayange

90 euros l'année pour les extérieurs

Le règlement se fait à l'inscription.

**Modalités de paiement :**

Les chèques de 60 ou 90 euros sont à libeller à l'ordre de l'ACSH

**Droit à l'image :**

[ ] Autorise les intervenants à photographier mon enfant

[ ] N'autorise pas les intervenants à photographier mon enfant.

Fait à .....le .....  
Signature

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARCON   FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

II. VACCINATIONS

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	RAPPELS	.....	___/___/___
Du DT coq		.....	___/___/___
Du Tétracoq		.....	___/___/___
D'une prise polio		.....	___/___/___
		.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
RE Vaccination	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Mon enfant porte des lunettes oui  non  Des lentilles de contact oui  non   
 Mon enfant sait nager oui  non  Est autorisé à aller à la piscine oui  non

Autres recommandations.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : .....

Signature :