



Centre Culturel & Social Rotterdam  
42, rue d'Ypres - 67000 Strasbourg  
<http://www.centrerotterdam.org>

Photo  
d'identité

Vacances  Mercredis

Régime alimentaire : Végétarien  Sans porc

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM DE L'ENFANT : .....

Classe : ..... Salle : .....

Enseignant : ..... Ecole : .....

Langues étrangères parlées :  Allemand  Anglais  Autres : .....

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS ROTTERDAM

DOSSIER VALABLE DU 31 AOÛT 2015 AU 30 AOÛT 2016

Pièces à fournir obligatoirement :

- Photo d'identité
- La fiche sanitaire complétée et signée, ainsi que la photocopie du carnet de vaccination
- Les photocopies des justificatifs de revenus de l'année 2014  
(Avis d'imposition **ET** fiches de salaires des deux parents de décembre 2014)
- L'attestation d'assurance scolaire de l'enfant
- Le formulaire de prélèvements automatiques  
(uniquement pour les règlements mensuels)

**L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT SERA ENREGISTREE  
SEULEMENT APRES RECEPTION DU DOSSIER COMPLET.**

Accueil de loisirs du Conseil des XV Maternelle  
13 rue de Rotterdam, 67000 STRASBOURG

☎ 03.88.41.18.63

[alshmaternellescxb@gmail.com](mailto:alshmaternellescxb@gmail.com)

# FICHE DE RENSEIGNEMENT

(Merci de remplir le formulaire EN LETTRES MAJUSCULES)

Nom de l'enfant : .....	Prénom : .....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance : ...../...../.....	Nationalité : .....	
Adresse de l'enfant : .....		
Code Postal : .....	Ville : .....	

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
<i>Nom</i>		
<i>Prénom</i>		
<i>Adresse</i>	..... .....	..... .....
<i>N° Tel Privé</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>N° Tel Portable</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>N° Tel Travail</i>	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
<i>Profession</i>		
<i>Employeur</i>		
<i>Adresse e-mail</i>	.....@.....	.....@.....

Régime Allocataire : <input type="checkbox"/> Régime Général	Numéro d'Allocataire C.A.F. : _____	
<input type="checkbox"/> Fonction Publique	Nombre d'enfant(s) à charge : __	
<input type="checkbox"/> M.S.A.	<input type="checkbox"/> Autres Régimes	<input type="checkbox"/> Conseil de l'Europe

<b>AUTORISATIONS :</b>
Je (nous) soussigné (s), _____
<input type="checkbox"/> Autorise/autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorise/n'autorisons pas
le Centre Rotterdam à diffuser librement l'image (sous forme de photo ou de vidéo)

## NOUVEAUTE :

Votre inscription au périscolaire vous ouvre gracieusement l'accès à notre ludothèque.  
Pour plus d'information : <http://www.centrerotterdam.org>

Fait à Strasbourg le :

Signature :



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

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

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

## AUTORISATION DE SORTIE

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Les enfants inscrits au Centre Rotterdam (périscolaire, extrascolaire, ou centre de loisirs) sont remis directement aux familles ou aux personnes nommément désignées par écrit ci-dessous, par les parents.

Une pièce d'identité peut être demandée à ces personnes.

Je soussigné(e), ....., autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Lien de Parenté</u>	<u>N° de téléphone</u>

- J'autorise à partir de .....h.....
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la maison.

Fait à ..... Le.....

Signature :

**GRILLE DES TARIFS 2015/2016**  
**CENTRE CULTUREL ET SOCIAL ROTTERDAM**  
**CONSEIL DES XV MATERNELLES**

**ADHESION ANNUELLE 5€**

Grille (le montant des allocations familiales plus les revenus brut annuel avant la déduction des 10% divisés par nombre de parts fiscales)	<b>QF 1</b>	<b>QF 2</b>	<b>QF3</b>	<b>QF4</b>	<b>QF5</b>	<b>QF6</b>	<b>QF7</b>	<b>QF8</b>
	<b>-6000/an</b>	<b>-12000/an</b>	<b>18000/an</b>	<b>24000/an</b>	<b>30000/an</b>	<b>36000/an</b>	<b>42000/an</b>	<b>42000/an</b>
	<b>-500/mois</b>	<b>-1000/mois</b>	<b>-1500/mois</b>	<b>-2000/mois</b>	<b>-2500/mois</b>	<b>-3000/mois</b>	<b>-3500/mois</b>	<b>4000/mois</b>

<b>MERCREDI 11h30 - 18h</b>								
Plein tarif	7,70 €	8,50 €	9,40 €	10,50 €	11,60 €	12,70 €	14,00 €	15,30 €
Ville 0,75	6,90 €	7,80 €	8,70 €	9,70 €	10,80 €	11,90 €	13,30 €	14,60 €
CAF 1,64	6,10 €	6,90 €	7,80 €	8,90 €	9,90 €	11,10 €	12,40 €	13,70 €
Ville + CAF 2,39	5,30 €	6,20 €	7,10 €	8,10 €	9,20 €	10,30 €	11,60 €	13,00 €
Repas	(Remboursable si désistement au plus tard le vendredi précédent ) 5€							