



Centre Socioculturel
du Langensand

2, rue de l'Eglise St Joseph
67500 Haguenau
Tel : 03.88.73.49.04

**INSCRIPTION
PERISCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE
(3 - 11 ans)
Saison 2024/2025**

ENFANT A INSCRIRE

Nom : Prénom : Garçon Fille
Né(e) le : à :
Classe (rentrée 2024) : Etablissement scolaire :
Groupe : 3 – 5 ans 6 ans – 11 ans
Prend le bus scolaire au départ de l'école St Nicolas : oui non
Bénéficie d'une aide MDPH AAEH en cours de détection

PARENTS / TUTEURS

Responsables légaux : parent 1 parent 2 tuteur
Parent 1 / tuteur :
Nom : Prénom :
Adresse :
Tel : Mail :
Profession : Employeur :
Parent 2 :
Nom : Prénom :
Adresse (si différente) :
Tel : Mail :
Profession : Employeur :
Situation familiale : Marié Divorcé Séparé Pacsé Célibataire Vie maritale Veuf- Veuve

Documents à fournir

- Avis d'imposition 2024 sur les revenus de 2023
 - Attestation d'assurance Responsabilité Civile
 - Vaccins – copie du carnet de santé ou certificat médical
 - Jugement du tribunal ou attestation sur l'honneur (Si parents séparés)
 - Justificatif employeur horaires postés ou Pôle Emploi
 - PAI ou PAP
 - Autorisation de sortie du territoire annuelle
 - Demande d'adhésion annuelle au CSC
- Si enfant handicapé : Reconnaissance MDPH Attestation AAEH En cours



CONTRAT POUR LES PERISCOLAIRES ET MERCREDIS ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Contrat de reconduction (pour les enfants inscrits en 2023/2024)

Nouveau contrat

PERISCOLAIRE MIDI

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Semaine paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrat permanent fixe (jours fixes sur l'année, de 1 à 4 jours par semaine)

Contrat planning : possible uniquement si les 2 parents travaillent en horaires postés (réservations à donner avant le mercredi 12h pour la semaine suivante, 2 justificatifs seront à fournir)

Contrat accueil occasionnel (accueil en fonction des places disponibles)

PERISCOLAIRE SOIR

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Semaine paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrat permanent fixe (jours fixes sur l'année, de 1 à 4 jours par semaine)

Contrat planning : possible uniquement si les 2 parents travaillent en horaires postés (réservations à donner avant le mercredi 12h pour la semaine suivante, 2 justificatifs seront à fournir)

Contrat accueil occasionnel (accueil en fonction des places disponibles)

MERCREDIS

	MERCREDIS			
	Matin	Repas	Après-Midi	Journée entière
Semaine paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrat permanent fixe

Contrat planning : possible uniquement si les 2 parents travaillent en horaires postés (réservations à donner avant le mercredi 12h pour la semaine suivante, 2 justificatifs seront à fournir)

Contrat accueil occasionnel (accueil en fonction des places disponibles)

A Le

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

ACCEPTATION PAR LE CSC

La demande ne sera validée qu'après signature du coordinateur du Pôle Enfance Karim BARBOUCHI

Date : Signature :

Nom : Prénom : Garçon Fille
 Né(e) le : à :
 Classe (rentrée 2024) : Etablissement scolaire :
 Nom prénom des parents :
 Téléphone des parents :
 En cas d'urgence, en mon absence, j'autorise le CSC à contacter M. – Mme
 (N° de téléphone :)
 J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

VACCINATIONS

Fournir OBLIGATOIREMENT une copie des pages correspondantes du carnet de santé ou un certificat de vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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. Les animateurs ne sont pas autorisés à administrer les médicaments.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourer oui ou non)

Rubéole		Varicelle		Angine		Coqueluche		Otite	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Rougeole		Scarlatine		Oreillons		Rhumatismes articulaires aigus			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

Allergies :

Médicamenteuses		Alimentaires		Asthme		Autres	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
A quel médicament ?		A quel aliment ?		PAI en place ?		A quoi ?	
Conduite à tenir :		Conduite à tenir :		Conduite à tenir :		Conduite à tenir :	

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés que peut rencontrer votre enfant, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes des prothèses auditives un appareil dentaire Autre
 Pour la restauration : repas normal repas sans porc repas végétarien

MEDECIN TRAITANT

Nom du Médecin traitant :
 N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

