



MS

- GYMNASSE BON PASTEUR GYMNASSE SCHOEPFLIN
 GYMNASSE MENORA
 SEMAINE 7 SEMAINE 8

Dossier d'inscription
STAGES MULTISPORTS FÉVRIER 2019
SUC VACANCES

L'enfant :

NOM :

Prénom :

Sexe : M / F

Né(e) le / / Age :

Membre Section sportive du SUC : OUI NON Si OUI, laquelle :

Je souhaite être dans le même groupe que :

Régime alimentaire particulier : sans porc végétarien

Représentant légal de l'enfant :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....

Ville : CP :

Tel fixe : / / / / Tel portable : / / / /

Email (*en majuscule*) :

Autorisez-vous le S.U.C à utiliser des photos de votre enfant, prises pendant le stage, dans le cadre de sa communication interne et externe ? :

OUI NON

Autorisez-vous votre enfant à quitter le l'accueil de loisirs **seul** dès la fin des activités à 16h30 :

OUI NON

Semaine du stage :

Semaine 7 (du 11 au 15 février 2019)

Semaine 8 (du 18 au 22 février 2019)

Lieu du stage :

Gymnase Bon Pasteur (6 Boulevard Jean-Sébastien Bach, 67000 Strasbourg) **ORANGERIE**

Gymnase Schoepflin (2 rue de la Fonderie, 67000 Strasbourg) **CENTRE VILLE**

Gymnase Menora (44 A rue Pierre de Coubertin, 67000 Strasbourg) **ROBERTSAU**

Un dossier complet est composé de : Fiche d'inscription complète :
Règlement du/des semaines :
Fiche sanitaire complète :
Certificat médical :

Cadre réservé S.U.C.

Seuls les dossiers complets sont à retourner :

SUC (Strasbourg Université Club) 44a Rue Pierre de Coubertin, 67000 STRASBOURG

Mon Quotient Familial:

Possédez-vous un numéro CAF ? : OUI NON

Si OUI, N° (obligatoire) : QF :

Si NON, dépendez –vous d'un autre organisme (MSA, SNCF, CONSEIL DE L'EUROPE, etc...)

Si OUI, lequel (obligatoire).....

Si Non, je calcule mon Quotient Familial en fonction de mon revenu annuel brut imposable) : formule ci-dessous
QF :

Si vous n'êtes pas allocataire CAF :

Merci de déterminer votre QF selon les modalités suivantes :

$$\text{QF} = \frac{\text{Revenu imposable brut} / 12 \text{ (12 mois)} + \text{prestations familiales}}{\text{Nombre de parts fiscales}}$$

Afin de justifier votre quotient, merci de bien vouloir nous transmettre une photocopie de vos revenus imposable brut (ces derniers resteront confidentiels et seront utilisés uniquement en cas de control de la CAF)

Les tarifs à la semaine en fonction du Quotient Familial* :

**Merci de transmettre votre justificatif CAF ou la page 2 de votre avis d'imposition :*

Semaine 7 du (11 au 15 février 2019) semaine 8 (du 18 au 23 février 2019)

tranche 1	tranche 2	tranche 3	tranche 4	tranche 5	tranche 6
QF<500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	>2500
93,00 €	106,00 €	115,00 €	124,00 €	132,00 €	143,00 €

Réduction supplémentaire de 10 € à partir du deuxième enfant de la même fratrie.

Je calcule le coût du stage de mon enfant :

1^{ère} semaine d'inscription : mon tarif + 13 euros** =

****Cotisation de 13 € à régler au titre de la cotisation SUC pour toute 1^{ère} inscription à partir du 01/07/2018 Valable du 1/07/2018 au 30/06/2019**

Semaine(s) supplémentaire(s) : mon tarif /semaine =.....

TOTAL =.....

Je paye en :

- Chèque
- Espèce
- Chèque ANCV (attention à partir de janvier 2019 tout paiement en chèque ANCV sera majoré de 2,5 %)

Seuls les dossiers complets sont à retourner :
SUC (Strasbourg Université Club) 44a Rue Pierre de Coubertin, 67000 STRASBOURG

Cadre réservé SUC :

**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE
D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme.....

Né(e) le.....

Et avoir constaté à ce jour l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres le

Le..... à.....

Signature et cachet du médecin



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa
N° 10008*02

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

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

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Nombres de téléphone :

Mère : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

Père : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____

Signature : _____

Merci de bien renseigner, dater et signer la fiche sanitaire !!!
Incomplète ou mal remplie,
Nous ne pourrions pas assurer un suivi de qualité pour votre enfant.

Ce document sera valable 1 an à partir du jour de la signature.