

Fiche d’inscription

**(Accueil ou séjour de loisirs 2025)**

**STAGE DE THÉÂTRE ETE ENFANTS / ADO**

**Dates: 26/07/2025 AU 01/08/2025**

# L’enfant :

Nom Prénom

Date de naissance : / /

# Responsable légal :  Père  Mère  Tuteur

Nom Prénom

Adresse

Tel (portable) : Tel (travail) :

E-mail :

Profession :

Employeur :

Catégorie socioprofessionnelle n° / / (1=agriculteur, exploitant ; 2=artisan, commerçant ; 3=cadre, profession intermédiaire supérieure ; 4=profession intermédiaire ; 5=employé ; 6=ouvrier ; 7=au chômage ; 8=au foyer)

# Le conjoint :

Nom Prénom

Tel (portable) : Tel (travail) :

**Tarif / 180 € + CARTE DE MEMBRES A PRIX LIBRE**

### Le règlement doit être effectué au plus tard le premier jour de l’accueil.

# Il nous faudrait les documents ci-dessous :

* Fiche inscription complétée
* Fiche sanitaire complétée, accompagnée d’une photocopie des 4 pages du carnet de santé concernant les vaccins
* Fiche « Droit à l’image » complétée

**Le tarif comprend** : l’encadrement, les repas, les goûters, le matériel pédagogique.

**Modes de règlement possibles :**

chèque libellé à l’ordre de « ARTOPIE » (avec le nom de votre enfant inscrit au dos du chèque à l’aide d’un crayon de papier)

espèces

virement selon rib ci-joint (pour un virement : merci d’indiquer dans le libellé « STEE + votre nom et prénom »

* J’autorise la ARTOPIE à conserver les documents d’inscription pendant l’année 2025 (dans le cas où vous souhaitez inscrire votre enfant à un autre accueil).
* Je n’autorise ARTOPIE à conserver les documents d’inscription pendant l’année 2025

***Renseignements et inscriptions à retourner à***

**ARTOPIE**

6, rue de la Poste 57960 MEISENTHAL

Tel : 06.12.70.55.44 mail : artoptheatre@gmail.com

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

N° 10008\*02

Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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.

1. - **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 |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

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

## - 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLEOUI NON | VARICELLEOUI NON | ANGINEOUI NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜOUI NON | SCARLATINEOUI NON |
| COQUELUCHEOUI NON | OTITEOUI NON | ROUGEOLEOUI NON | OREILLONSOUI NON |  |

**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**.

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

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

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

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

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

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

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

## - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

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

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

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

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

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

## - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ........................................................................................................... PRÉNOM ..............................................................

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)................................................................................................................................................

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

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)....................................................................................................................

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

#### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

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

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

## OBSERVATIONS

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

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

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

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

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

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



#### 2025

**Objet : Demande d’autorisation de faire et d’utiliser des photographies.**

Madame, Monsieur,

Lors des accueils de loisirs nous sommes susceptibles de prendre des photos de votre enfant. Ces images pourront être utilisées par ARTOPIE uniquement à des fins pédagogiques ou de communication. Ces images sont stockées et protégées.

Pour cela, nous souhaitons avoir votre autorisation afin de réaliser des images de votre enfant. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent votre enfant est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l’usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Par conséquent, nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à faire des photos de votre enfant afin de constituer une base de données photographique des séjours.

Par avance, nous vous remercions pour votre collaboration. L’équipe d’Artopie

Association ARTOPIE

Madame / Monsieur ………………………………………………..……………………………….

Représentant légal de l'enfant (Nom Prénom) ………………………………………………….

Autorise

N’autorise pas ARTOPIE à :

faire des photos (sous forme numérique) de mon enfant ;

stocker ces images

utiliser ces images numériques ou imprimées, à des fins pédagogiques ou communicationnelles.

Fait à (ville) …………………………………….

Signature du représentant de L’autorité parentale

Le (date) …………………………………..

