

Activité d'initiation sportive et de découverte

FICHE D'INSCRIPTION

Stage sportif du 26/08/19 au 30/08/19 pour les 6-9 ans

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Sexe : fille garçon

École fréquentée : Classe :

Inscription semaine complète du lundi 26 au vendredi 30 août

Ou inscription à la journée :

Lundi 26/08 Mardi 27/08 Mercredi 28/08 Jeudi 29/08 Vendredi 30/08

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père, mère, tuteur (*Rayer le mention inutile*).

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ du domicile : ☎ du lieu de travail :

☎ Joignable en journée :

Adresse mail :

AUTRE PERSONNE AUTORISÉE À RECHERCHER L'ENFANT

NOM : ☎

NOM : ☎

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Organisme prestataire :

Numéro d'allocataire :

Tranche de tarif : A B C D EXTERIEUR

Les tranches tarifaires sont à justifier.

AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

J'autorise la ville de Francheville à photographier mon enfant dans le cadre des activités proposées par le service des sports.

J'autorise ainsi la diffusion de ces images pour l'illustration des publications dans les 3 prochaines années (*Type de publications concernées : « Franch'infos », plaquette d'informations des activités de loisirs.*)

Fait à Francheville le .../.../..... Signature
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

FICHE SANITAIRE

ENFANT (Nom, Prénom):

Médecin traitant : ☎

VACCINATION :

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical spécifique ? oui non

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Coqueluche Rubéole Varicelle Angine Otite

Rougeole Oreillons Scarlatine Rhumatisme

L'enfant est-il sujet à des allergies ?

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaire : oui non

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Recommandations utiles des parents si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....

L'enfant a-t-il besoin d'un Projet d'Accueil Individualisé ? oui non

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Francheville le .../... /.... Signature