

## Activité d'initiation sportive et de découverte

### FICHE D'INSCRIPTION

Valable de septembre 2020 à août 2021

#### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : Fille  Garçon

École fréquentée : ..... Classe : .....

#### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père , Mère , Tuteur .

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ du domicile : ..... ☎ du lieu de travail : .....

☎ joignable en journée : .....

Adresse mail : .....

#### AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECHERCHER L'ENFANT

NOM: ..... ☎ .....

NOM: ..... ☎ .....

#### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Organisme prestataire : \_\_\_\_\_ Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Tranche de tarif : A  B  C  PT  EXT

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

Signature précédée de la mention «Lu et Approuvé»

**FICHE SANITAIRE**

ENFANT (Nom, Prénom): .....

Médecin traitant : ..... ☎ .....

**VACCINATION :**

<b>Vaccins obligatoires</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Dates des derniers rappels</b>	<b>Vaccins recommandés</b>	<b>dates</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

*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 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