

**Activité d'initiation sportive et de découverte**

**FICHE D'INSCRIPTION**

Stage sportif du 08/07/19 au 12/07/19 pour les 6-9 ans

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : fille  garçon

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

Inscription semaine complète du lundi 8 au vendredi 12 juillet

Ou inscription à la journée :

Lundi 8/07  Mardi 9/07  Mercredi 10/07  Jeudi 11/07  Vendredi 12/07

**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 :**

<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 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