

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

**FICHE D'INSCRIPTION**

Stage sportif du 22/10/18 au 26/10/18 pour les 10-13 ans

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : fille  garçon   
École fréquentée : ..... Classe : .....

Inscription semaine complète du lundi 22 au vendredi 26 octobre   
Ou inscription à la journée : Lundi 22/10  Mardi 23/10  Mercredi 24/10   
Jeudi 25/10  Vendredi 26/10

**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 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  
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 le 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