Francheville
attractive par nature

Service des sports

Activité d'initiation sportive et de découverte

FICHE D'INSCRIPTION

Stage sportif du 23-08 au 27-08 pour les 9-12 ans

ENFANT

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

Inscription semaine complète du lundi 23 au 27 Août 2021 ☐
Ou inscription à la journée :
Lundi 23-08 ☐ Mardi 24-08 ☐ Mercredi 25-08 ☐ Jeudi 26-08 ☐ Vendredi 27-08☐

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 AUTORISEE A 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'Mag », plaquette d'informations des activités de loisirs , supports de communication numérique*

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 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