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

**FICHE D’INSCRIPTION**

Stage sportif du 19 au 23 décembre pour les 6-9 ans

**ENFANT**

Nom : ......................................................... Prénom : ............................................

Date de naissance : ..................................

Sexe : fille [x]  garçon [x]

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

**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 :** [x]  **A** [x]  **B** [x]  **C** [x]  **D** [x]  **EXTERIEUR**

***Les tranches tarifaires sont à justifier.***

[x]  **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 [x]  non [x]

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

Coqueluche [x]  Rubéole [x]  Varicelle [x]  Angine [x]  Otite [x]

Rougeole [x]  Oreillons [x]  Scarlatine [x]  Rhumatisme[x]

**L'enfant est-il sujet à des allergies ?**

Asthme : oui [x]  non[x]  Médicamenteuses : oui [x]  non [x]

Alimentaire : oui [x]  non [x]  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 [x]  non [x]

**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