



STAGE VACANCES TOUSSAINT SOPCC



Fiche d'inscription

RENSEIGNEMENTS :

NOM :
 PRENOM :
 Date de naissance :
 Email :@.....
 Adresse :

RENSEIGNEMENTS PARENTS :

Nom et Prénom : Nom et Prénom :
 Tel portable : Tel portable :
 Profession : Profession :

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (deux personnes obligatoires)

- NOM et Prénom :
 Lien de parenté : Téléphone :
- NOM et Prénom :
 Lien de parenté : Téléphone :

Attestation règlement intérieur :

- Je soussigné(e) responsable de l'enfant..... :
- Autorise mon enfant à participer aux activités sportives.
- Autorise le responsable, et en donne décharge, à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de malaises ou d'accidents aux cours des entrainements et activités, et à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales qui seraient décidées par le corps médical.
- Dégage l'organisateur de toutes responsabilités en cas de vol ou de pertes d'objets personnels
- Autorise la publication d'images de mon enfant sur les supports de communication des associations
- Autorise M/Mme..... à venir chercher mon enfant à la sortie du service demandé.
- Autorise M/Mme..... à venir chercher mon enfant à la sortie du service demandé.

Règlement :

-5 jours = 65€. / 1 jours = 15€. / ½ journée : 10€

-à régler avant le début du stage.

-DOCUMENT A RENDRE JUSQU A LA PREMIERE JOURNEE DE STAGE

Fait à :

Le : ... / ... /

SIGNATURE :

Date d'inscription :

LUNDI

- Matin
 Après midi

MARDI

- Matin
 Après midi

MERCREDI

- Matin
 Après midi

JEUDI

- Matin
 Après midi

VENDREDI

- Matin
 Après midi

SEMAINE :

5 JOURS (25 AU 29 OCTOBRE)

MONTANT DÛ : 15€X=.....€ OU€

ATTESTATION Comite Entreprise :

OUI / NON



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

Stage Toussaint- 2020/2021

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L'ACTIVITE.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
---------	-----------	--------	-----------------------------	------------

OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....
.....
.....
.....

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

ADRESSE MAIL :

N° D'ALLOCATAIRE CAF (si QF < 600) :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant,
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

La participation de votre enfant aux activités de l'ECOLE DES SPORTS, implique tacitement l'autorisation de prises de vue et de publications des photos ou vidéos sur lesquelles apparaît votre enfant, sur les différents supports de communication de la collectivité (site internet, blog, journaux communautaires etc...). Si vous vous y opposez, cochez la case suivante

Date :

Signature :