



FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017



MEMBRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance : Lieu :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone privé :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

E-mail :

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et téléphone de la personne à joindre au cas où les parents seraient absents :

.....

.....

PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (en dehors des parents) :

.....

.....

Numéro de sécurité sociale complet :

Numéro de police d'assurance + **attestation** :

Médecin traitant et coordonnées téléphoniques :

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui merci de préciser laquelle et la conduite à tenir :

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole :	OUI	NON	Varicelle :	OUI	NON
Coqueluche :	OUI	NON	Rougeole :	OUI	NON
Oreillons :	OUI	NON	Scarlatine :	OUI	NON
Angine :	OUI	NON	Otite :	OUI	NON
Rhumatisme articulaire aigu :	OUI	NON			

Les vaccins de l'enfant sont-ils à jour ? OUI NON

Joindre copie du carnet de vaccination ou du certificat de contre-indication.

Au cas où la situation le nécessitait, autorisez-vous les organisateurs à faire hospitaliser votre enfant et à prendre toutes les décisions nécessaires ? OUI NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'enfant sait nager : OUI NON

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités : OUI NON

Autorisez-vous votre enfant à être filmé, photographié, enregistré vocalement :
OUI NON

Je soussigné(e)certifie que les données
ci-dessus sont exactes.

Fait à le

Signature des parents :