

Fiche d'Inscription 2020





Stage d'Activités Gymniques et de Loisirs – La Cambronnaise

Nom, Prénom :

Date de Naissance * : ___ / ___ / _____ (*Obligatoirement né(e) entre 2006 et 2014).

Nom et adresse du responsable de l'enfant :

Mail :

 Portable :	 Domicile :	 Travail :	 Personne à prévenir en cas d'urgence :
---	---	--	---

Journées ou semaines choisies : Entourer la ou les journées choisies

Du 6 au 10 Juillet	Lundi 6	Mardi 7	Mercredi 8	Jeudi 9	Vendredi 10
Du 15 au 17 Juillet	FERME	FERIE	Mercredi 15	Jeudi 16	Vendredi 17
Du 20 au 24 Juillet	Lundi 20	Mardi 21	Mercredi 22	Jeudi 23	Vendredi 24
Du 17 au 21 Août	Lundi 17	Mardi 18	Mercredi 19	Jeudi 20	Vendredi 21
Du 24 au 28 Août	Lundi 24	Mardi 25	Mercredi 26	Jeudi 27	Vendredi 28

ATTENTION !!! Fermeture du centre les 13 & 14 juillet et du 27 juillet au 16 août.

Autorisation de diffusion d'images vers les médias : Oui Non

Documents à fournir : Cette fiche d'inscription (recto), et au verso la fiche sanitaire de liaison, avec signature et cachet du médecin.




Règlement : 13 € la journée

Espèces :

Chèques :

Chèques Vacances :

Date et signature :

<p><u>Accueil</u> de 8h30 à 18h (Foyer Paul Michaux)</p> <p><u>Déjeuner</u> : Possibilité de pique-nique sur place ou de rentrer</p> <p><u>Activités</u> : de 10h à 12h et de 14h à 17h</p>	<p style="text-align: center;"><u>Lieux d'activités</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">  Salle de la Cambronnaise  CRAPA de St Sébastien sur Loire  Cinéma, Bowling de Saint-Sébastien-sur-Loire
--	--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

FORMULAIRE A TELECHARGER, A IMPRIMER, A COMPLETER et SIGNER (ne pas découper, ne pas agraffer avec d'autres documents)

Nom enfant : Prénom enfant :

Sexe : M F Date de naissance : __ / __ / ____

1-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCIN OBLIGATOIRE (1)	Oui	Non	Nom et date du dernier rappel	
DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS CI-DESSUS, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? (1) 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**).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ? (1)

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES (animaux, pollen,...) oui non
 Si oui, préciser la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? (1) Oui Non

Si oui, lequel

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (Lunettes, Lentilles, Appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant...)

4-RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom : Prénom :

Tél Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom : Tél : __ / __ / __ / __ / __

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : (**Obligatoire**) _____

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : __ / __ / 2020

(1) case à cocher selon votre choix

CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire pour la pratique du multisport et la vie en collectivité (valable 3 ans)

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), Docteur.....

- certifie que l'enfant..... né(e) le __ / __ / ____

ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive, et à la vie en collectivité.

S'il existe une contre indication pour un sport, précisez lequel :

- atteste que cet enfant est à jour de sa vaccination DT Polio

Cachet du médecin :

A

Le __ / __ / 2020

Signature :