

SEJOUR à LA BAULE (44)
Du dimanche 18 au vendredi 23 août 2019
FICHE D'INSCRIPTION et SANITAIRE DE LIAISON
à retourner au + tard pour le 31 mai 2019

Prénom et NOM du participant :

Date de naissance : Age : ans. Poids : kilos

Adresse complète :

Téléphone : Portable : Email :

Téléphone travail du père : Tel travail de la mère :

Nom du club : Numéro de licence F.S.C.F (obligatoire) :

Niveau de gym :

Tarif du séjour : 340 €

Numéro allocataire : Quotient 2019 : CAF MSA
 (Impérativement fournir une photocopie du dernier avis de versement des prestations familiales 2019)

Nom et prénom du responsable légal :

Nom de l'employeur du père :

Nom de l'employeur de la mère :

1 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

CES INFORMATIONS SONT INDISPENSABLES ET ÉVITENT DE VOUS MUNIR DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT. S'IL N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCEPTE OU JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION).

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

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.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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.**

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

3 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ?
MERCİ DE PRÉCISER

.....
.....

4 –DIVERS

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

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : TEL :

Je soussigné(e),, responsable légal(e), autorise mon enfant à :

- *participer au séjour à la Baule qui aura lieu du dimanche 18 au vendredi 23 août 2019*
- *être transporté en car*
- *être transporté en voiture par un membre de l'équipe d'animation*
- *participer aux activités proposées (notamment gymnastique, activités multisports...)*
- *se rendre à la baignade encadrée par l'équipe d'animation : OUI NON*
- *Mon enfant sait nager : OUI NON*

Je joins le règlement de 340 €*

** Moyens de paiement acceptés : espèces, chèque (libellé à l'ordre de : FSCF CD 49), chèques-vacances*

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et également à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités de la F.S.C.F (plaquette ELI, rapport d'activités, site...).

Date : / / 2019 Signature :