

DOSSIER D'INSCRIPTION 24-25

STAGE TOUSSAINT SEMAINE 1 – DU 21 AU 25 OCTOBRE 2024

NOM DU PRATIQUANT	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
TELEPHONES DE CONTACT :	
MAILS DE CONTACT :	

MON DOSSIER COMPLET (dans une pochette plastique si possible):

Je confirme avoir rempli le formulaire adhérent en ligne (1 par enfant par semaine de stage).

Je confirme avoir payé la totalité de mon inscription

En ligne

En espèces (dans une enveloppe ci-jointe avec nom du pratiquant)

Par chèque (un ou plusieurs chèques ci-joints avec nom du pratiquant au dos)

Je confirme fournir la fiche sanitaire de liaison au format papier (ci-jointe).

Merci de fournir une fiche sanitaire pour chaque période de vacances (Toussaint/Noël/Hiver/Printemps/Juillet-Aout)

Je confirme fournir la copie du carnet de vaccination au format papier.

Merci de fournir une copie des vaccins pour chaque période de vacances (Toussaint/Noël/Hiver/Printemps/Juillet-Aout)

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST EN LISTE D'ATTENTE ET LA PLACE N'EST PAS ASSUREE.

LES DOSSIERS SONT A DEPOSER :

- AU GYMNASSE DU MOURION, EN MAIN PROPRE AUX PROFESSEURS, LORS DES COURS DE JUDO.
- OU DANS LA BOITE AUX LETTRES AU 5 RUE GERARD PHILIPPE 30400 VLA.

SI VOTRE DOSSIER EST INCOMPLET, NOUS REVIENDRONS VERS VOUS.

SIGNATURE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Couqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :
Précisez

oui non
 oui non
 oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :