

Fiche d'inscription

MULTISPORTS

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Cycle : 1 2 3 4 5

Cadre réservé au CSC

Cotisation/Adhésion individuelle 5 €

Valable 1 an (Septembre à Août) sur toutes les activités au Centre Socioculturel

Réglée le/...../.....

Chèque Espèces Virement



Parent 1

Parent 2 (ou lieu d'accueil)

NOM :

Prénom :

Si différente du Parent 1 :

Adresse.....

Code postal-Ville.....

Téléphone (domicile).....

Adresse (Mail).....

Téléphone (portable).....

Téléphone (travail).....

Enfant/Jeune

Fille Garçon

NOM :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ecole (nom et commune) :

.....

Classe :

Le cas échéant :

Téléphone portable :

Adresse mail :

.....

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom.....Prénom :

Lien avec l'enfant :N° téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant..... autorise le responsable de l'activité Multisport à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à payer le part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la Sécurité Sociale.

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Centre Socioculturel des Coteaux du Layon à utiliser l'image de mon enfant et à la diffuser (presses, internet, support de communication). En aucun cas l'image ne portera atteinte à la dignité de l'enfant, l'objectif étant de valoriser son action.

OUI

NON

COVOITURAGE

J'accepte que mes coordonnées soient partagées avec d'autres parents pour faciliter le covoiturage.

OUI

NON

AUTORISATIONS DE SORTIES

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant.....

-Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : OUI NON OUI, uniquement sur la commune de.....

-Autorise M. ou Mme..... à récupérer mon enfant.

-Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires aux déplacements des activités : car, minibus, véhicule des animateurs.

OUI


NON

Fait à Thouarcé, le...../...../.....

Signature :

Fiche sanitaire de liaison valable de septembre à août

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT/JEUNE : NOM DU MEDECIN TRAITANT :

..... 

REGIME ALIMENTAIRE

Classique Végétarien Sans Porc Autres :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination ou nous fournir les copies du carnet)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (*le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom du jeune avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Allergies :

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		
Rhumatisme					

	Asthme	Médicaments	Alimentaires	Autres
OUI				
NON				

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ou tout autres renseignements que vous jugerez utiles.

.....

.....

.....