

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE 2018.2019

JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F
Email : _____ N° de tél. portable ____/____/____/____/____
Commune : _____ Etablissement scolaire : _____
Assurance responsabilité civile (Compagnie et numéro du contrat ; vérifier que votre contrat couvre les activités péri et extrascolaires) : _____ Numéro de sécurité sociale couvrant le jeune : _____

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
N° de tél. portable: ____/____/____/____/____ Email: _____
N° de tél. domicile: ____/____/____/____/____ N° de tél. pro: ____/____/____/____/____

INSCRIPTION

L'accès aux activités nécessite obligatoirement d'être à jour de **sa cotisation annuelle 2018/2019 (10€)**.

Cette fiche d'inscription **devra être accompagnée des photocopies des documents suivants** :

- Carte vitale
- Carnet de vaccinations ou attestation médicale certifiant que votre enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires
- Assurance « Responsabilité Civile » couvrant l'enfant
- Dernier avis d'imposition

Certaines activités doivent faire l'objet d'une réservation préalable (soirée, journée ou demi-journée vacances...) Selon la nature, le lieu de l'activité, ainsi que l'intervention éventuelle d'un prestataire extérieur, le tarif A, B ou C sera appliqué.

AUTORISATION PRISE DE VUE

Je soussigné(e),..... père/mère/tuteur légal de autorise la CdC Médullienne à publier sur l'ensemble des supports de communication de la CdC Médullienne, des photos ou vidéos du séjour, sur lesquelles figure mon enfant.
Je peux à tout moment exercer mon droit de rétractation, pour cela je dois en informer la CdC par écrit.

Fait à

le

Signature:

AUTORISATION DE SORTIE

Votre enfant est autorisé à quitter seul la structure oui non

Si non, les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher l'enfant : (nom, coordonnées)
(pas de mineur de moins de 16 ans)

Fait à _____ le _____ Signature du responsable légal :

FICHE RENSEIGNEMENTS et SANTE

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur la fiche et engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement ou antécédent médical. J'autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à _____ le _____ Signature du responsable légal :

Le participant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes :			
<input type="checkbox"/> rubéole	<input type="checkbox"/> varicelle	<input type="checkbox"/> coqueluche	<input type="checkbox"/> otite
<input type="checkbox"/> rhumatisme	<input type="checkbox"/> scarlatine	<input type="checkbox"/> rougeole	<input type="checkbox"/> oreillons
Date du dernier Rappel DTP (<i>obligatoire</i>) :		Asthme ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
L'enfant suit- il un traitement de fond ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) . Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance		Allergies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles: (médicamenteuse, alimentaire, autres..) :	
Régime alimentaire particulier :		L'enfant présente-t-il un handicap ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui nécessite-t-il des mesures particulières ?</i>	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Bénéficiez-vous de l'aide médicale (CMU) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, joindre une copie de l'attestation</i>	
Votre enfant porte-t-il?			
<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> prothèses auditives	<input type="checkbox"/> lentilles	<input type="checkbox"/> prothèses dentaires
<input type="checkbox"/> diabolos	<input type="checkbox"/> appareils dentaires	Autres (précisez) :	

Quelles sont les autres personnes que le responsable légal, à prévenir en cas d'urgence :
