

**STAGES DE VACANCES
FICHE D'INSCRIPTION**



Enfant

NOM : Prénom :

Date de naissance : Ecole fréquentée :

Adresse :

Code postal + Commune :

Pâques Activités choisies	du .. au .. juillet 20.. activités choisies	du .. au .. juillet 20.. activités choisies	du .. au .. août 20.. activités choisies
	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	3.	3.	3.
	4.	4.	4.

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom :

Téléphone privé : GSM :

Nom : Prénom :

Téléphone privé : GSM :

La mère bénéficie-t-elle d'allocations de chômage ? OUI NON

Le père bénéficie-t-il d'allocations de chômage ? OUI NON

La personne signant ce document prend connaissance du fait que la responsabilité des organisateurs des stages de vacances n'est engagée qu'à partir du moment où l'enfant est inscrit dans le registre des présences. Chaque parent est censé connaître ce règlement pour l'avoir lu et déclare avoir reçu l'attestation fiscale.

Nom, Prénom de la personne responsable :

.....

Date :

Signature :

FICHE DE SANTE

Enfant :

Nom :Prénom :

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

1) Nom : Prénom :

Téléphone :GSM :

2) Nom : Prénom :

Téléphone :GSM :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Diarrhée			
Autres ...			

○ A-t-il/elle eu une maladie ou subi une intervention grave ? OUI / NON Si oui, laquelle ?
.....

○ Est-il/elle allergique ?

- à des produits alimentaires? OUI / NON si oui, lesquels ?

- à certains médicaments ? OUI / NON si oui, lesquels ?

- à d'autres choses ? OUI / NON si oui, lesquelles ?

○ Porte-il/elle des lunettes ? OUI / NON

○ Porte-il/elle un appareil auditif ? OUI / NON

○ Souffre-t-il d'un handicap ? OUI / NON si oui, lequel ?

○ A-t-il été vacciné contre le tétanos (indispensable) ? OUI / NON

○ Peut-il/elle participer à des activités sportives sans inconvénient, y compris baignades et jeux adaptés à son âge ? OUI / NON si non, lesquels ?

○ Avez-vous des remarques utiles à formuler concernant sa santé ?

NB : Si un médicament doit être administré durant la journée, joindre une attestation médicale précisant le médicament et la posologie

Le

Signature