

INSCRIPTIONS

Les Enfants à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe (G/F)	Date de naissance	Âge

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ responsable légal des enfants cités ci-dessus.

Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de TALSH Form'ados de la Communauté de Communes de Gâtine et Choisilles

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre de loisirs.
- Autorise, en cas d'urgence, le/la directeur(trice) de TALSH à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise la CCGC à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de TALSH.
- Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation des activités.
- Autorise la prise d'images photos/vidéos et son usage (presse, diaporama, site internet de la CCGC).
- Autorise le traitement sur un support informatique des informations concernant mon inscription.
Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.
- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS.

Nom : _____ Prénom : _____

Voyage en Pologne 2010 : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Voyage en Pologne 2010 : _____

INSCRIPTIONS NAVETTES

Noter le(s) jour(s) où votre/vos enfant(s) prendront la navette.

Lu et approuvé.

Fait à Le Signature du/des responsable(s) légau(x)

Fiches sanitaire form'ADOS 2010

Février 2010 Avril 2010 Juillet 2010 Camp européen 2010 Octobre 2010

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille

Groupe sanguin : _____ Le jeune est-il fumeur ? Oui Non

Vaccinations A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant.

Vaccinations obligatoires

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : Date des derniers rappels : _____
- Ou DT Polio Dates des derniers rappels : _____
- Ou Tétracoq Dates des derniers rappels : _____
- BCG Dates des derniers rappels : _____

Vaccinations recommandées

- Hépatite B Dates des derniers rappels : _____
- Rubéole – Oreillons – Rougeole (ROR) Dates des derniers rappels : _____
- Coqueluche Dates des derniers rappels : _____
- Autres précisez : _____

Allergies

- L'enfant est-il allergique ? Oui * Non

* Si oui préciser quelles allergies et la conduite à tenir

Allergie médicamenteuse : _____

Allergie alimentaire : _____

Autre(s) allergie(s) : _____

MALADIE

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhumatismes articulaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres précisez : _____

