



## INSCRIPTIONS

Les Enfants à inscrire :

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

## AUTORISATION PARENTALE

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

Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'ALSH Form'ados de la Communauté de Communes de Gâtine et Choissilles

- 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 l'ALSH 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 l'ALSH.
- 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 : \_\_\_\_\_

Activités (ex f1, f5,...) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Activités (ex f1, f5,...) : \_\_\_\_\_

## 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) légal(aux)

# Fiche 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  Oui  Non
  - Otite  Oui  Non
  - Rougeole  Oui  Non
  - Angine  Oui  Non
  - Rhumatismes articulaires  Oui  Non
  - Oreillons  Oui  Non
  - Asthme  Oui  Non
  - Varicelle  Oui  Non
  - Scarlatine  Oui  Non
  - Coqueluche  Oui  Non
- Autres précisez : \_\_\_\_\_

