

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 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 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 ACTIVITES.

Nom	Prénom	F1	F2	F3	F4
Total					

Lu et approuvé.

Fait à Le Signature du/des responsable(s) légal(aux)

Fiche sanitaire form'ADOS 2009

Février 2009 Avril 2009 Juillet 2009 Camp européen 2009 Octobre 2009

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 : _____

