

## Fiche d'inscription – vacan'sport

### Informations administratives

#### L'enfant :

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....  
Ecole : ..... Classe : ..... Instituteur (trice) : .....

#### Représentant légal (payeur) :

Nom et Prénom : .....  
Tél : .....  
Email : .....@.....

#### Parent 2 :

Nom et Prénom : .....  
Tél : .....  
Email : .....@.....

#### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- Parent 1     Parent 2  
 Autre (préciser Nom-Prénom-Téléphone) : .....

#### Autorisation :

- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.  
 Oui -  Non
- J'autorise mon enfant à participer aux éventuelles sorties organisées lors du séjour et à voyager en transport collectif (bus), j'autorise également le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité.  
 Oui -  Non
- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportive de loisirs notamment le ski alpin.  
 Oui -  Non

#### Droit à l'image :

J'autorise le service Jeunesse et Sport de la CCMR à photographier ou filmer mon enfant lors des activités à des fins de communication (plaquettes, articles dans la presse, site internet et réseaux sociaux).

Oui -  Non

#### Informations régime et sécurité sociale

- Numéro de sécurité sociale de l'enfant : \_ \_ \_ \_ \_
- Caisse régime social :  CAF -  MSA -  Autre  
Numéro : \_ \_ \_ \_ \_

## Information sanitaires

### Vaccins :

	OBLIGATOIRE			RECOMMANDE			
	Oui	Non	Date dernier rappel	Oui	Non	Date dernier rappel	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	R.O.R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
				Autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____

### Information médicale et alimentaires :

Rubéole     Varicelle     Coqueluche     Scarlatine     Otite     Angine     Oreillons     Rhumatisme     Rougeole

- Asthme :  Oui -  Non
- Allergies alimentaires :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Allergies médicamenteuses :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Autres allergies :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Recommandations particulières : (lentilles, lunettes, appareil auditif...) : \_\_\_\_\_
- Régime Alimentaire :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_

Si l'enfant suit un traitement, précisez lequel : \_\_\_\_\_

**N'oubliez pas de remettre les médicaments et une ordonnance au responsable.**

### Documents à joindre :

- Joindre une copie de l'attestation d'assurance en Responsabilité Civile dans le cadre des Activités Extrascolaires.
- Joindre une photocopie du carnet de vaccination
- Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du sport.

Fait à

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Signature des parents, du représentant légal

Ou de l'assistante familiale

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)

Signature de l'enfant

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)