

FICHE D' INSCRIPTION 2023-2024

CLUB NATURE PIC & PÊCHE



VOTRE ENFANT

NOM et PRÉNOM :

AGE : ans

Adresse où réside l'enfant :

Date et lieu de naissance :

LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom du tuteur légal :

Adresse :

Parent 1 : Tél. : Email

Parent 2 : Tél. : Email

AUTORISATIONS

☛ **Cochez les mentions que vous autorisez**

Je soussigné(e), M. ou Mme

Père - Mère - Tuteur, responsable de l'enfant :

autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

N° de sécurité sociale :

donner des granules d'Arnica ou huile essentielle de lavande (ou baume à base d'huile essentielle) en cas de coups ou blessures

utiliser le tire-tique en cas de piqûres

autorise la prise de photographies et la publication des images prises au cours de l'année pour la promotion des activités de Bionheur en Herbe (site web, page Facebook, affiches, flyers, vidéo, plaquettes de présentation...) (rayer les mentions non-autorisées)

LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

SANTÉ

Régime alimentaire spécifique, autre point important de santé, peurs particulières (araignées, pipi dans les bois, souffre du froid, etc.), difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et précautions à prendre :

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée? oui non

VACCINATIONS

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OUTetracoq				Autres (préciser)	

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

*****RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS *****

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires etc précisez.

À _____ le _____

Signature du représentant légal :