

FICHE D'INSCRIPTION

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 :
Structure en charge de l'enfant (le cas échéant) :
Quotient Familial (janvier de l'année en cours) :
Adresse :
Parent 1 : Tél. : E-mail :
Parent 2 : Tél. : E-mail :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), M. ou Mme
Père - Mère - Tuteur, responsable de l'enfant :

autorise le responsable de l'accueil 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 photos et vidéos dans le cadre des activités de l'association, pour la promotion de celle-ci (*rayez les mentions non-autorisées* : site web, page Facebook, affiches, flyers, vidéo, plaquettes de présentation) et pour garder des souvenirs. Cette autorisation gracieuse vaut pour le monde entier et sans limite de durée.

LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

1
2

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
OU DT Polio	☐	☐		BCG	
OU Tetracoq	☐	☐		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 ☐
 MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐
 ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

AUTRES :

**PRÉCISEZ 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

(utiliser l'outil Dessiner de l'éditeur PDF ou copier coller l'image de votre signature)