

FICHE D'INSCRIPTION

Mairie de Lédignan
30 350 Lédignan

☎ 06 69 32 57 48 (Cendrine)
☎ 06 24 73 14 33 (Magali)
☎ 09 75 26 31 29 (Benedicte)

"Alasc" alasc30@gmail.com

**Exemplaire à retourner signé
avant le 27 juin 2011**



Participant

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: ___ / ___ / ___ Age: ___ ans _____ Garçon Fille

Renseignements complémentaires:

Ados Loisirs : Accueil ados à Lédignan

- 1^{ère} semaine 4 5 6 7 8 juillet
- 2^{ème} semaine 11 12 13 14 15 juillet
- 3^{ème} semaine 18 19 20 21 22 juillet

Responsable*

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

Domicile: |__|__|__|__|__| Travail: |__|__|__|__|__| Mobile: 06|__|__|__|__|

@dresse électronique: _____

N° de SS: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse du centre payeur: _____

N° CAF(obligatoire) |__|__|__|__|__|__| Adhérez vous à une mutuelle? oui non

Si oui adresse de la mutuelle: _____

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable: _____: |__|__|__|__|__|

Règlement : Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents et C.A et l'exclusion pourra être décidée. Les frais de l'accompagnement seront à la charge de la famille. L'Alasc n'est pas responsable des pertes ou vols d'objets dans ses centres de vacances.

Autorisation parentale: Je soussigné(e) _____, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Autorise mon enfant à participer à l'accueil ados organisé par l'Alasc et à ses activités. Autorise également le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'atteste avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales mentionnées dans la brochure et certifie les accepter.

Date le ___ / ___ / _____ Signature:
(précédé de la mention «lu et approuvé»)

Inscription: pour les inscriptions individuelles, envoyer ce dossier accompagné d'un chèque d'arrhes de 50% ainsi que l'adhésion à l'association de 11€ à l'ordre de : ALASC. avant le 27 juin 2011, le reste du est versé le premier jour de l'accueil.

* EN LETTRES MAJUSCULES SVP

DOSSIER SANITAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

1 VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT cop du Tétracoq d'une prise polio RAPPELS	VACCINS PRATIQUES		DATES	
			/	/
			/	/
			/	/
			/	/
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLOGIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	1 ^{er} VACCIN	/ /	/ /
REVACCINATION	/ /	REVACCINATION	/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ? _____

INJECTION DE SERUM	NATURE		DATES	
			/	/
			/	/
			/	/

2 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

3 RECOMMANDATIONS DES PARENTS (Allergies, régime alimentaire...) :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? oui non

SI OUI LEQUEL ?

Dans ce cas ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?

NON

OUI

CERTIFICAT MEDICAL*	PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR
Cabinet du Docteur : (Cachet obligatoire) Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné l'enfant : (nom, prénom) _____ Le : _____ Cet enfant ne présente aucune contre indication aux activités sportives prévues durant le séjour : A _____ Le _____ Signature du Docteur _____	* pour les séjours plongée le certificat doit obligatoirement être rempli par un médecin du sport. Date d'arrivée : ____ / ____ / ____ Date de départ : ____ / ____ / ____ Observations faites en cours de séjour Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone) Par le responsable du séjour (qui indiquera ses nom et adresse) _____ _____ _____ _____