

FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE ANIMATION JEUNESSE NIEDERSCHAFFOLSHEIM

MEMBRE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance : Lieu :

Téléphone : Portable :

E-mail (lisible) :

REPRESENTANT LEGAL :

NOM Prénom :

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone privé :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

E-mail (lisible):

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom et téléphone de la personne à joindre au cas où les parents seraient absents :

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Numéro de sécurité sociale complet :

Numéro de police d'assurance :

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.

Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui merci de préciser laquelle ainsi que la posologie et la conduite à tenir ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI - NON Varicelle OUI - NON Angine OUI - NON Otite OUI - NON

Coqueluche OUI - NON Rougeole OUI - NON Oreillons OUI - NON Scarlatines OUI - NON

Rhumatisme articulaire aigu OUI - NON

Les vaccins de l'enfant sont-ils à jour ? Si non joindre un certificat médical de contre-indication.

OUI - NON

Au cas où la situation le nécessiterait, autorisez-vous les organisateurs à faire **hospitaliser** votre enfant et à **prendre toutes les décisions nécessaires** ? OUI - NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....
.....
.....
.....

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités : OUI NON

Autorisez-vous votre enfant à être filmé, photographié, enregistré vocalement : OUI NON

Je soussignée certifie les données ci-dessus exacte.

Fait à le

Signatures des parents :

