

Fiche d'inscription

Ecole Française de Vélo - VTT



Le jeune

| | | | |
|---|----------------------|-------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | | |
| Prénom | <input type="text"/> | | |
| Né(e) le <small>(jj/mm/aaaa)</small> | <input type="text"/> | Sexe (G, F) | <input type="text"/> |
| Portable du jeune | <input type="text"/> | | |
| Mail du jeune | <input type="text"/> | | |

Photo obligatoire

De moins de 3 mois, de bonne qualité, sans casque ni lunettes de soleil

Le(s) responsable(s) du jeune

| | Responsable 1 | Responsable 2 | Tierce personne <small>(si parents non joignables)</small> |
|--------------------|----------------------|----------------------|---|
| Lien avec le jeune | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Mail | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél fixe | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Portable | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél pro | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| Assurance Responsabilité Civile | Nom de la compagnie N° de contrat Adresse |
| Organisme de prévoyance (sécurité sociale) | N° d'immatriculation Nom Adresse |
| Organisme complémentaire (mutuelle) | Nom de la compagnie N° de contrat Adresse |

Possibilité de fournir la photocopie des attestations

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à rentrer seul après les séances de l'école. | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les séances. | Personnes pouvant le raccompagner | <input type="text"/> |
|---|---|-----------------------------------|----------------------|

Je soussigné(e) autorise mon enfant ci-dessus à participer aux activités de l'école de vélo de vélo de Montigny Vélo Nature et autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le Signature :





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :