

# Fiche d'inscription

## Ecole Française de vélo - VTT



### Le jeune

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

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<br><small>(si parents non joignables)</small> |
|--------------------|---------------|---------------|---|
| Lien avec le jeune |               |               |   |
| Nom                |               |               |   |
| Prénom             |               |               |   |
| Adresse            |               |               |   |
| Mail               |               |               |   |
| Tél fixe           |               |               |   |
| Portable           |               |               |   |
| Tél pro            |               |               |   |

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

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant ci-dessus à participer aux activités de l'école 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

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 |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie                  |     |     |                            | 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  
 MEDICAMENTEUSES  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 :

