



Centre de Loisirs



CLUB ENFANTS - LA NORMA

Fiche d'inscription - ETE 2009 – *Canton de Modane* à présenter à La Maison de La Norma avec le règlement.

(Assurez-vous des disponibilités au : 04 79 20 31 46 à partir du 24 juin 09)

Je soussigné(e), Nom..... Prénom.....

Domicilié(e).....

Né le :

Tél. domicile..... portable.....bureau.....

Responsable légal de : Nom..... Prénom.....

- Déclare avoir souscrit une assurance en responsabilité civile
- L'autorise à pratiquer toutes les activités sportives programmées et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre-indication
- L'autorise à se baigner
- L'autorise à utiliser le fourgon du PRJ et de la Maison du Tourisme de La Norma pour se déplacer vers les activités extérieures à La Norma
- Autorise les personnes mandatées par le centre de Loisirs de La Norma à prendre toutes les mesures radicales nécessaires (traitement médical, hospitalisation etc...) en cas de besoin.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de Loisirs
- L'autorise à rentrer seul(e) à partir de l'arrêt de bus ? oui non
- Autorise les personnes ci-dessous à le prendre en charge à l'arrêt de bus :

Nom : Prénom.....

Nom : Prénom.....

Durant son séjour, votre enfant sera photographié ou filmé pendant les activités du club enfants ; ces photos ou films pourront être diffusés par le PRJ, ou La Norma, par le biais de leur site internet, ou dans la brochure publicitaire. *Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978).*

Avons-nous votre accord ? oui non

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Souhaite faire les recommandations suivantes :

.....
.....

Fait à

Le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :Prénom :

Date de Naissance

(Photocopies possibles du carnet de santé)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Dates des vaccins recommandés et derniers rappels :

- | | |
|--------------------------------|--|
| • Diphtérie : | Hépatite B : |
| • Tétanos : | BCG : |
| • Rubéole-Oreillons-Rougeole : | Coqueluche : |
| • Poliomyélite : | Ou DT polio Autres (préciser) : |
| • Ou Tétracoq : | |
| • Autres (préciser) : | |

Si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre le certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre fille/fils 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*)

- Votre fille/fils a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE
RHUMATISME	SCARLATINE	ARTICULAIRE AIGÜ
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE
OREILLONS		

Des allergies ?

ASTHME	oui	non
MÉDICAMENTEUSES	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non

AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé autres, et les conduites à tenir :

.....
.....

Recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, etc :

.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de ma fille/mon fils.*

Date :

Signature :