



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2018/2019



Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : G F

Etablissement scolaire :

Activité TA saison 2018/2019 :

Mère Père Tuteur

Mère Père Tuteur

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Portable Travail

Portable Travail

Mail :

Mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence ou autoriser à venir chercher l'enfant (autres que les parents) :

Nom :

Nom :

Nom :

Portable :

Portable :

Portable :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

1. Autorisez-vous l'association de la Tour d'Auvergne à utiliser librement les photos de votre enfant dans le cadre de la promotion de ses activités (Presse, site Internet) sans demander de rémunération ni droit d'utilisation d'image ?

Oui Non

2. Nous autorisons notre enfant à venir et/ou à rentrer seul des séances en ayant auparavant bien vérifié la présence effective de l'encadrement.

Oui Non

3. Autorisez-vous l'association de la Tour d'Auvergne de Rennes à transporter votre enfant pour les besoins de l'activité

Oui Non

4. Nous avons pris connaissance et signé le règlement intérieur.

Oui Non

Date et signature d'un responsable majeur :
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

CADRE RÉSERVÉ AU SECRETARIAT

Total

Réduc.

Total après réduc

=

Règlement :
Chèques : BQ

Chèque caution
(valable 4 mois)

Nom du payeur :

Date :/...../.....

1/n°	_____	Mt	_____	Rem n°	_____	Date	_____
2/n°	_____	Mt	_____	Rem n°	_____	Date	_____
3/n°	_____	Mt	_____	Rem n°	_____	Date	_____
4/n°	_____	Mt	_____	Rem n°	_____	Date	_____
5/n°	_____	Mt	_____	Rem n°	_____	Date	_____

Espèces	_____	Rem n°	_____	Date	_____
Coupon Sport	_____	Rem n°	_____	Date	_____
Sortir	_____	Rem n°	_____	Date	_____
ANCV	_____	Rem n°	_____	Date	_____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomylélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Association la Tour d'Auvergne

8 passage du Couëdic 35000 Rennes

tél : 02.99.30.10.89 @ : accueil@tourdauvergneasso.com