



# Inscription Mineurs

## Saison 2023 - 2024

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Sexe : F  M  Classe : .....

### Représentant Légal 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Quartier : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Profession : .....

### Représentant Légal 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Quartier : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Profession : .....

N° Allocataire : .....

Caisse : .....

Nombre de parts : .....

Quotient Familial : .....

**Activité (s) pratiquée (s)**

**Jour et heure :**

Activité (s) pratiquée (s)	Jour et heure :

**Réservé à l'administration**

### PAIEMENT Classe

TRANCHE TARIF

Adhésion : .....

Règlement en \_\_\_\_ fois

Cotisation (s) : .....

Chèque (s)

.....

Espèces .....

.....

Chèques vacances .....

Réduction : .....

**TOTAL** .....

**Information:** Arrêt de l'activité par l'adhérent :

Remboursement effectué au delà de 15 jours d'arrêt, sur présentation d'un justificatif (certificat médical avec date de l'arrêt, attestation d'employeur pour changement rendant impossible la poursuite de l'activité, facture EDF pour déménagement). Le cahier de présence ou l'intervenant confirmera la date de l'arrêt.

# FICHE SANITAIRE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

**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)**

---

---

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

---

---

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

---

---

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION POUR LE MINEUR :**

J'autorise mon enfant à rentrer seul (e) : oui non J'autorise mon enfant à être photographié (e) : oui non

J'autorise la structure à informatiser mes informations personnelles et médicales : oui non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Fait à Mérignac le, .....

Signature