



Inscription Mineurs Saison 2024 - 2025

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Sexe : F M Classe :

Représentant Légal 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Quartier :

E-mail : Tél :

Date de Naissance : Profession :

Représentant Légal 2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Quartier :

E-mail : Tél :

Date de Naissance : Profession :

N° Allocataire : _____

Quotient Familial : _____

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données ([RGPD](#)), j'ai le droit de demander l'accès à mes données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci, la limitation du traitement de mes données, le droit de m'opposer au traitement de mes données et le droit à la portabilité des données. Je peux exercer ces droits en contactant le Domaine de Fantaisie.

Fait à Mérignac le,

Signature