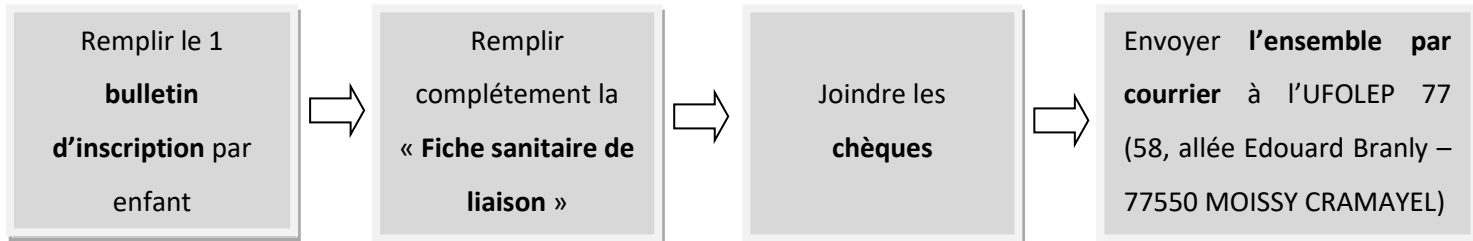


STAGE GYMNASTIQUE

Du dimanche 28/04/2019 au samedi 04/05/2019

BULLETIN D'INSCRIPTION



ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Âge au départ : _____

TUTEUR DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal et Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Email (obligatoire) : _____

LE PAIEMENT

Chèque 1 (fin Mars) : _____ Chèque 2 (fin Avril) : _____

Chèque 3 (fin Mai) : _____

Souhaitez-vous une Facture : OUI / NON

L'ASSURANCE

L'UFOLEP 77 a souscrit pour vous une assurance comprise dans le tarif

AUTORISATION PHOTO

Je soussigné(e) M. / Mme _____ accepte n'accepte pas

que les photos prises au cours du séjour soient éventuellement reproduites sur les prochains documents de l'UFOLEP 77 ou mises en ligne sur notre site internet et notre page facebook.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) M. / Mme _____ certifie l'exactitude des informations transmises

A l'UFOLEP 77 concernant cette inscription.

Date : _____

Signature : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : du au stage de gymnastique à Ruffey sur Seille.

► **1 - ENFANT**

NOM : _____.

PRÉNOM : _____.

DATE DE NAISSANCE : _____.

GARÇON FILLE

► **2 - 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	
Ou DT polio				Autre : (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			SCARLATINE		
VARICELLE			COQUELUCHE		
ANGINE			OTITE		
RHUMATISME			ROUGEOLE		
OREILLONS					

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.

.....

► 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :