

Association Educative Culturelle et de Loisirs Sportifs
de La Montagne haut-marnaise
8 rue de Lorraine, bât. périscolaire 52 250 LONGEAU-PERCEY
tél : 03.25.87.16.72
montagne-lionel@orange.fr
Site internet : <http://journal.vivreici.free.fr>

Fiche d'inscription 2023-2024

Je soussigné

NomPrénom.....

N° tél. : / / / /

tél. portable : / / / /

adresse mail (*lisible*) :

demeurant à N°..... rue

CP Commune

N° sécurité sociale :

désire inscrire :

L'enfant, le jeune : (*1 fiche par enfant*)

NOM (*en capitales*) :

Prénom :

Garçon Fille

Date de naissance :

Pour l'activité : Jour : Lieu :	Pour l'activité : Jour : Lieu :	Pour l'activité : Jour : Lieu :
--	--	--

Organisme Prestations Familiales :

CAF MSA

Numéro Allocataire :

joindre la photocopie d'attestation du quotient familial pour les régimes MSA

Souhaite recevoir Vivre-Ici le Journal de La Montagne

En cas d'accident, mon enfant sera dirigé vers le centre hospitalier le plus proche, et j'autorise le responsable à prendre toutes les initiatives concernant la santé de mon enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom/Prénom :

tél :

Nom/Prénom :

tél :

autorise **n'autorise pas**

L'association La Montagne et l'équipe d'animation à prendre et à utiliser des photographies sur lesquelles apparaît mon enfant et renonce à tous recours concernant les droits liés à l'utilisation de cette image dans le cadre des activités et de leur promotion.

accepte, dans le cadre du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**, que les informations notées sur ce formulaire d'inscription soient destinées à un usage strictement privé de la l'association La Montagne dans le but d'assurer la gestion administrative des activités et de vous communiquer nos offres d'activités et de services. Il est possible de me retirer sur simple demande écrite auprès de notre association.

atteste que les différents éléments indiqués dans ce dossier sont exacts.

Fait à, le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :