

SESSION 2018-2019

Tous les mercredis hors-vacances scolaires, de 14H à 17H

du mercredi 12 septembre 2018 au mercredi 19 juin 2019

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :	
DATE DE NAISSANCE :	ÂGE : ans
TÉLÉPHONE :	
ADRESSE PERMANENTE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
COURRIEL :	
TÉLÉPHONE POUR CONTACT LE MERCREDI :	

AUTORISATION PARENTALE : Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, l'autorise à participer au Club Aventure organisé par le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion (S.M.E.A.G.) de la Base de Plein Air et de Loisirs de Jablines-Annet et atteste avoir :

- pris connaissance des informations générales relatives au fonctionnement de ce dernier;
- dûment rempli **la fiche sanitaire.**

Fait à _____, le _____ 201_

SIGNATURE :

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), _____, autorise / n'autorise pas le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion de la Base de Plein Air et de Loisirs de Jablines-Annet à utiliser les images représentant mon enfant mineur durant la période d'accueil à titre d'information et d'illustration pour ses supports de communication pouvant faire l'objet d'une diffusion départementale, régionale ou nationale.

Fait à _____, le _____ 201_

SIGNATURE :

ASSURANCE

Le stagiaire est couvert en Responsabilité Civile par le biais de l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet pendant toute la durée de la session. Nous vous rappelons l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommages corporels. Concernant les objets mobiliers et le matériel placé par le stagiaire dans les lieux mis à disposition, l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet demeurera affranchie de toute indemnité en cas d'accident ou de sinistre quelle qu'en soit la cause et sa responsabilité ne pourra être engagée de ce fait.

DÉCHARGE PARENTALE : Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, atteste avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et de fermeture du Club Aventure et à cet effet :

j'autorise mon enfant à rentrer seul;

j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

Listes des personnes ayant 17 ans révolus et habilités à venir chercher l'enfant :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

NOM & PRENOM :

N° de téléphone :

Toute personne venant chercher l'enfant doit être munie d'une pièce d'identité et figurer sur cette décharge.

En cas de force majeure, une personne non désignée ci-dessous pourra chercher l'enfant à la condition que le représentant légal en ait avisé la direction.

Fait à _____, le _____ 201_

SIGNATURE :

DOCUMENTS FOURNIS (cadre réservé au Service Administratif de l'Île de Loisirs)

Brevet de natation

Certificat médical

Règlement de 220 € pour l'année :

Espèces

ANCV

Chèque

SESSION 2018-2019

Tous les mercredis hors-vacances scolaires, de 14H à 17H
du mercredi 12 septembre 2018 au mercredi 19 juin 2019

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :		
DATE DE NAISSANCE :	<input type="checkbox"/> GARÇON	<input type="checkbox"/> FILLE

RESPONSABLE DE L'ENFANT	<input type="checkbox"/> PERE	<input type="checkbox"/> MERE	<input type="checkbox"/> TUTEUR, TUTRICE LEGAL(E)
N° SECURITE SOCIALE :			
NOM & PRÉNOM :			
TÉLÉPHONE DOMICILE :			
TÉLÉPHONE BUREAU :			
TÉLÉPHONE PORTABLE :			
ADRESSE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
NOM & PRÉNOM DU CONTACT LES MERCREDIS (si différent du responsable légal de l'enfant) :			
TÉLÉPHONE DU CONTACT DURANT LE MERCREDI :			

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (pas de contre-indication pour le vaccin anti tétanique).	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil au Club Aventure ? 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES :	ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'organisateur du Club Aventure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à _____, le _____ 201_

SIGNATURE :

