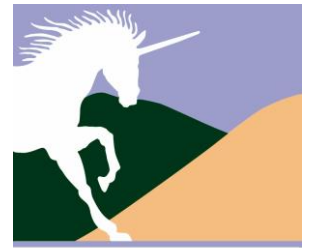


**PASS' Sports Loisirs et ACM
Ville de SAVERNE**



VILLE de SAVERNE

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

A retourner au Centre Socio – Culturel Ilot du Moulin, 3d rue du moulin 67700 Saverne Tel :03.88.91.57.23

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ Sexe : masculin féminin

Numéro de portable du jeune : _____

ADRESSE : celle des parents de la mère du père autre

RESPONSABLES LEGAUX

* Nom et Prénom de la **mère** : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel fixe: _____ tel portable : _____

E-Mail : _____ Profession : _____

Employeur : _____ Tel employeur : _____

* Nom et Prénom du **père** : _____

Adresse (si différente) : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tel fixe: _____ tel portable: _____

E – Mail : _____ Profession : _____

Employeur : _____ Tel employeur : _____

* Autre resp. **légal** :

Nom et prénom: _____

Adresse (si différente) : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tel fixe: _____ tel portable: _____

E-Mail : _____ Profession : _____

Employeur : _____ Tel employeur : _____

*** PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :**

Mère Père autre responsable légal

Autres (préciser) : _____

*** AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRES L'ACTIVITE (à partir de 7 ans)**

j'autorise je n'autorise pas

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant, déclare :

Exacts les renseignements portés sur cette fiche

Que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du sport

Autoriser le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ou anesthésique d'urgence) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autoriser mon enfant à participer aux activités proposées par la Ville de Saverne

Pour les activités de loisirs, je reconnais le cas échéant :

Avoir pris connaissance du règlement intérieur, du mode de fonctionnement, des conditions d'organisation et de déroulement des activités, des projets éducatif et pédagogique (consultables sur place).

Avoir pris connaissance des conditions d'assurance en R.C. de l'organisateur (copie de l'attestation fournie sur demande).

Avoir pris connaissance des incidences financières.

J'autorise la Ville de Saverne à utiliser les photos et vidéos de mon enfant, conformément aux dispositions relatives au droit de l'image.

Afin que le dossier soit complet, ne pas oublier de nous transmettre :

Une copie de votre responsabilité civile (assurance extra scolaire du jeune)

La fiche doit être entièrement et correctement remplie !!

Fait à :

Date :

Signature du parent (du ou des représentants légaux) :

FICHE SANITAIRE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT EN CENTRE DE LOISIRS. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DE L'ANNE SCOLAIRE SUR DEMANDE.

*** ALIMENTATION**

Normal Végétarien Sans Porc Sans poisson

Régime particulier (*précisez*) :

Allergies (*préciser*) :

Amène son repas : *concerne uniquement les enfants présentant un problème d'allergie lourde attesté par certificat médical fourni à l'inscription*

P.A.I. : l'enfant bénéficie – t il d'un protocole d'accompagnement individualisé ?

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

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

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

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

Photocopie des vaccin ou attestation médicale de vaccination à jour fournie par votre médecin

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 pendant les périodes A.L.S.H. ? 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 EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ				SCARLATINE			
Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non					

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)

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