

BULLETIN D'INSCRIPTION ÉCOLE VTT SAISON 22/23

NOM : _____

PRÉNOM (ENFANT) : _____

ADRESSE: _____

CP : _____ VILLE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

TÉLÉPHONE (CONTACT) : ____/____/____/____/____

E-MAIL (CONTACT) : _____@_____

ÉCOLE VTT (SAMEDI OU DIMANCHE, COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE) :

SAMEDI : - 10H (8-10 ANS)

- 13H (11-13 ANS)

- 15H (14-16 ANS)

DIMANCHE : - 9H30 À 12H (NIVEAU INTERMÉDIAIRE / COMPÉTITION)

PERSONNE(S) À CONTACTER :

NOM(S): _____ PRÉNOM(S): _____

TÉLÉPHONE : /____/____/____/____/____/

NOM(S): _____ PRÉNOM(S): _____

TÉLÉPHONE : /____/____/____/____/____/

POUR TOUTE INSCRIPTION, VOUS DEVEZ FOURNIR :

- CE BULLETIN D'INSCRIPTION DÛMENT COMPLÉTÉ ;
- LE PAIEMENT POUR L'ACTIVITÉ, **285 €** POUR L'ANNÉE SCOLAIRE (RÈGLEMENT POSSIBLE EN 3 OU 4 FOIS)
- LA FICHE SANITAIRE (EN ANNEXE)

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'arrêt 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
MÉDICAMENTEUSES 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 :