

FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO

Nom :	<input type="text"/>	Ancien stagiaire :	<input type="checkbox"/>	Nouveau stagiaire	<input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>				
Code Postal :	<input type="text"/>	Club :	<input type="text"/>		
Ville :	<input type="text"/>	Poste :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>	Poids :	<input type="text"/>		
Portable :	<input type="text"/>				
E-mail :	<input type="text"/>				

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Recommandations médicales :

Dates des stages : cocher la semaine choisie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Du 09/07/18 au 13/07/18 | <input type="checkbox"/> Du 23/07/18 au 27/07/18 |
| <input type="checkbox"/> Du 16/07/18 au 20/07/18 | |

Cocher le mode de stage choisi :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avec hébergement | <input type="checkbox"/> Sans hébergement |
| <input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation de photos à des fins promotionnelles | |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

Enfant

Nom : Sexe : M F
Prénom : Date de naissance :

Renseignements médicaux

Cocher les maladies que l'enfant a déjà eues Angine Rhumatismes
 Scarlatine Coqueluche Otite Asthme
 Rougeole Oreillons Rubéole Varicelle

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ?

En cas de traitement pendant son séjour, joindre l'ordonnance aux médicaments.

Recommandations des parents

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Oui Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Non Oui

Renseignements parentaux

Responsable de l'enfant — pendant la période du séjour

Nom Fixe

Prénom Portable

Adresse

Sécurité sociale Centre payeur

Je soussigné, responsable 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.

Signature Date