

DOSSIER D'INSCRIPTION

RUC'VACANCES

2017/2018



DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Membre de l'ASRUC **OUI** **NON**

Si oui, quelle section ?

Si non, comment avez-vous connu les stages ?

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Les responsables légaux :

Nom du père :

Prénom :

Adresses :

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

N° de Téléphone fixe :

N° de Téléphone mobile :

Courriel :

Profession :

Adresse du lieu de travail :

.....
.....

N° de téléphone :

Nom de la mère:

Prénom :

Adresses :

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

N° de Téléphone fixe :

N° de Téléphone mobile :

Courriel :

Profession :

Adresse du lieu de travail :

.....
.....

N° de téléphone :

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

. Nom: Prénom :

N° de téléphone :

. Nom du médecin traitant : N° de téléphone :

Nb : en cas d'absence du médecin traitant le médecin le plus proche sera contacté

En cas d'urgence, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche



L'ENFANT

**FICHE
SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au stage multi-sport ?

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)

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<i>RUBÉOLE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>VARICELLE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>ANGINE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>SCARLATINE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>
<i>COQUELUCHE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>OTITE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>ROUGEOLE</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	<i>OREILLONS</i> <i>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i>	

L'enfant présente-t-il des allergies ?

Allergies respiratoires:

Oui / Non Lesquelles ? :

Allergies alimentaires :

Oui / Non Quel(s) aliment(s) ?.....

Autres allergies:

Oui / Non Précisez :

Les enfants présentant une allergie alimentaire devront apporter leur panier repas (pique-nique du midi + goûter).

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'ALLERGIE :

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

D'AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ? (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non
au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non
au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non
au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

*Je soussigné(e),,
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Je soussigné (e),

responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance: / /

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la fin du stage multi-sports RUC'vacances :

1- NOM : Prénom :

Téléphone : / / / /

Lien avec l'enfant :

2- NOM : Prénom :

Téléphone : / / / /

Lien avec l'enfant :

Nous nous engageons à prévenir les organisateurs et/ou les animateurs le matin lorsqu'une de ces personnes récupèrera mon enfant le soir.

Autorisation de quitter le stage seul

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin du stage multi-sports RUC'vacances :

OUI

NON

Signature du représentant légal :

ATTESTATION DE DROITS A L'IMAGE

Je soussigné (e)

.....

Lien avec l'enfant : Père / Mère / Tuteur / Autre :

.....

Accepte

N'accepte pas

que l'ASRUC utilise l'image de mon enfant

Nom : **Prénom :**

.....

Date de naissance: / /

ayant participé au stage multi-sport « RUC'VACANCES », sur son site internet, sa page facebook, sur les panneaux d'affichage de l'ASRUC et dans les documents de promotion à des fins sportives ou pour illustrer la vie du club.

Pour plus d'informations sur le droit à l'image, veuillez vous référer au lien ci-après : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32103>

Document établi pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

le :

Signature du représentant légal :