

DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE ETE 2025

UN SEUL DOSSIER PAR ENFANT POUR TOUT L'ETE

(Renouveau obligatoire pour les prochaines vacances)

| | |
|---------------------------|--|
| NOM DU PRATIQUANT : | |
| PRENOM : | |
| DATE DE NAISSANCE : | |
| MAIL DE CONTACT : | |
| SEMAINE(S) CONCERNEE(S) : | <input type="checkbox"/> Semaine 1 – Du 7 au 11 juillet <input type="checkbox"/> Semaine 2 – Du 14 au 18 juillet <input type="checkbox"/> Semaine 3 – Du 21 au 25 juillet <input type="checkbox"/> Semaine 4 – Du 28 juillet au 1er août <input type="checkbox"/> Semaine 5 – Du 25 au 29 août |

MON DOSSIER COMPLET (dans une pochette plastique si possible):

Je confirme avoir payé mon inscription en ligne

(Pour un autre mode de paiement, contactez-nous).

Je confirme fournir la fiche sanitaire de liaison au format papier (ci-jointe).

Merci de fournir une fiche sanitaire pour chaque période de vacances (Toussaint/Noël/Hiver/Printemps/Juillet-Aout)

Je confirme fournir la copie du carnet de vaccination au format papier.

Merci de fournir une copie des vaccins pour chaque période de vacances (Toussaint/Noël/Hiver/Printemps/Juillet-Aout)

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST EN LISTE D'ATTENTE ET LA PLACE N'EST PAS ASSUREE.

LES DOSSIERS SONT A DEPOSER :

- AU GYMNASSE DU MOURION, EN MAIN PROPRE AUX PROFESSEURS, LORS DES COURS DE JUDO (planning sur le site rubrique JUDO).
- OU DANS LA BOITE AUX LETTRES AU 5 RUE GERARD PHILIPPE 30400 VLA.

SI VOTRE DOSSIER EST INCOMPLET, NOUS REVIENDRONS VERS VOUS.

SIGNATURE :



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'arrêté 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 | | | | Couqueluche | |
| 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

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez oui non

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 :