



Fiche d'Inscription

**VIVE LE MERCREDI
2024-2025**

MERCI DE PRÉCISER QUELLE(S) MERCREDI(S) AVEZ VOUS CHOISIE(S) :

.....
.....

INFORMATIONS PERSONNELLES ENFANT :

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

RESPONSABLE LÉGAL :

Nom et prénom :

.....

Téléphone et Email :

.....

Adresse :

.....





**VIVE LE MERCREDI
2024-2025**

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom / prénom / Téléphone / Lien de parenté :

.....
.....

J'AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL Oui Non

INFORMATIONS D'URGENCE :

Personne à contacter + Téléphone :

.....
.....

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

.....

J'AUTORISE L'ASSOCIATION MYFITLAB À UTILISER DES PHOTOS DE GROUPE À DES FINS PUBLIVITAIRES OU INFORMATIVES : Oui Non

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Certificat médical d'aptitude à la pratique du sport
- Copie CNI de l'enfant et du représentant légal

Date, Lieu, 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				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 :