

STAGE HIVER 2015 MULTISPORTS FCO FIRMINY INSERSPORT



RENSEIGNEMENTS :

NOM.....PRENOM.....
Date et lieu de naissance :
le.....à.....
Adresse:.....
.....
Code postal.....Ville.....
Téléphone.....Portable.....

JE SOUHAITE EFFECTUER LE STAGE

Formule complète :

- Licencié FCO FI : 60€**
- Non licencié du FCO FI : 70 €**

Formule « à la journée » :

- 15 € / jour**
- Jours :.....**

Cocher la formule choisie



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) :

Nom.....Prénom.....

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées dans le cadre des « Stages HIVER 2015 ». En cas d'urgence, ou toute autre circonstance exceptionnelle autorise le responsable du stage à prendre toutes mesures utiles exigées par lesdites circonstances. En cas d'hospitalisation ou de consultation médicale, le responsable des « Stages hiver 2015» s'engage à prévenir dans les délais les plus brefs les parents au moyen de toute action à leur disposition au moment de la survenue des faits.

CONDITIONS GENERALES

D'autre part, j'autorise le FCO Firminy INSERSPORT à utiliser sur ces différents supports de communication et d'information les photographies sur lesquelles apparaît mon enfant au cours du stage. Enfin j'autorise mon enfant à être véhiculé par les minibus du club du FCO FIRMINY INSERSPORT ou par toute personne intervenante lors du stage.

Signature (père, mère ou tuteur légal)

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)
