

BULLETIN D'INSCRIPTION

A imprimer et à remettre avec les documents suivants :

Photocopie des vaccinations de l'enfant ou des enfants (Carnet de santé)

Fiche sanitaire pour chaque enfant

Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu ou de l'Attestation Quotient Familial CAF

Notification "Aide aux temps libres" (Bons CAF) pour les vacances scolaires uniquement

Responsable légal

Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. :	Tél. :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Adresse Mail :	Adresse Mail :
CAF DE LA MOSELLE <input type="checkbox"/> Autre C.A.F :	N° d'Allocataire :

Désire inscrire le ou les enfants ci-dessous

<i>NOM</i>	
<i>Prénom</i>	
<i>Né (e) le</i>	
<i>NOM</i>	
<i>Prénom</i>	
<i>Né (e) le</i>	
<i>NOM</i>	
<i>Prénom</i>	
<i>Né (e) le</i>	

Droit à l'image

Magny Anim sera amenée à prendre des photographies ou réaliser des vidéos au cours des activités. Ces photos ou vidéos seront exclusivement destinées à être publiées sur le site web de Magny Anim, à illustrer la presse locale, les journaux communaux et à être conservées à titre de mémoire. Aucune utilisation à des fins commerciales.

Nous nous permettrons de mettre votre enfant sur les photos, si vous nous donnez votre accord (Selon la réglementation en vigueur).

Je soussigné(e) : Nom : _____ Prénom : _____

Responsable de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise N'autorise pas Magny Anim à photographier ou à filmer mon ou mes enfant (s) lors des activités.

Fait à _____ le _____

Signature du représentant légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de vaccination

1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? 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.

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

.....
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indiquez ci-après :

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

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Asthme
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

3. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM : Prénom : Téléphone :

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Date : Signature :

