

DOSSIER D'INSCRIPTION

STAGE MULTISPORTS DU 22 AU 25 AVRIL 2014

1 – Renseignements :

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance

Adresse :

.....

.....

N° téléphone :

Domicile :

Portable : (père)..... Portable : (mère)

Travail : (père)..... Travail : (mère)

E-mail :

Afin de pratiquer dans les meilleures conditions pensez à mettre une tenue de sport et à prendre de l'eau ainsi qu'une petite collation, le tout dans un sac à dos !

NOUS ECRIRE
 UFOLEP AISNE
 BP 70064
 02 202 SOISSONS Cedex



NOUS RENCONTRER
 LES TERRASSES DU MAIL
 RES. 'LA FONTAINE'
 9 AV. FRANCOIS MITTERRAND
 02 880 CUFFIES



NOUS CONTACTER
 François GILBERT
 03 23 74 99 43
 06 46 25 01 55
 animationsufolep02@gmail.com
 animationsufolep02.over-blog.com



2 – Autorisations parentale :

Je soussigné(e) NOM Prénom :

Adresse :

Père - mère-représentant légal de :

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant

- AUTORISE
 N'AUTORISE PAS

L'UFOLEP Aisne à reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par l'association de ma personne ou de celle de mon/mes enfant(s) pour les usages exclusifs suivants : journal communal, illustration des sites internet UFOLEP Aisne et Mairie de VAUXBUIN, presse local, supports photos/vidéos UFOLEP Aisne.

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter du 22 avril 2014.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée ou à celle de mon/mes enfant(s).

- AUTORISE
 N'AUTORISE PAS

Le responsable du stage multisports UFOLEP à présenter notre/nos enfant(s) à un médecin ou à l'hôpital en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.



AUTORISE Notre/nos enfant(s) à voyager : en voiture individuelle ou par un moyen de transport collectif

N'AUTORISE PAS

AUTORISE Notre/nos enfant(s) à se baigner. Indiquer si votre/vos enfant(s) sait ou ne sait pas nager

N'AUTORISE PAS

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

AUTORISE Notre/nos enfant(s) à repartir seul. Le stage se terminant à 17H00, si exceptionnellement, notre enfant devait sortir avant, nous nous engageons à prévenir l'équipe et à fournir une décharge au responsable.

N'AUTORISE PAS

3 – Tarif :

- Tarif de la semaine stage multisports SANS REPAS

→ **30,00 €** / enfant (le 3^{ème} enfant gratuit sauf restauration)

- Tarif du REPAS **4,30€** / jour



(réservation des repas au plus tard le jeudi 17 avril 2014 en mairie de Vauxbuin)

Règlement par chèque ou espèce en mairie de Vauxbuin à l'ordre du Trésor public

(1 chèque pour le stage, 1 chèque pour la restauration)

Lu et approuvé

Signature des parents

Le :

(ou signature du tuteur légal)

NOUS ECRIRE
UFOLEP AISNE
BP 70064
02 202 SOISSONS Cedex



NOUS RENCONTRER
LES TERRASSES DU MAIL
RES. 'LA FONTAINE'
9 AV. FRANCOIS MITTERRAND
02 880 CUFFIES



NOUS CONTACTER
François GILBERT
03 23 74 99 43
06 46 25 01 55
animationsufolep02@gmail.com
animationsufolep02.over-blog.com

FÉDÉRATION AISNE

la ligue de
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... ___/___/___
 ___/___/___
 ___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

