Dossier d'inscription

N° allocataire Obligatoire : _____ Quotient Familial : _____

☐ C.A.F ☐ MSA ☐ Autre Bénéficiaire de l'AEEH Oui ☐ ☐ Non

Nom du jeune : _____

Prénom du jeune _____

Date de naissance _____ (âge :____)

Genre : F ☐ ☐ M ☐ NB

Adresse :

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone du représentant légal : / / / /

Email :_____@_____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Tel : / / / /

J'autorise les structures à prendre des photos, vidéos durant les activités et les diffuser

Oui Non

J'accepte de recevoir des informations sur l'actualité de mon activité et le Cercle Paul Bert

Oui Non

J'accepte que le Cercle Paul Bert me communique des informations et offres de ses partenaires

Oui Non

J'accepte l'utilisation de mes données personnelles à des fins de validation et de suivi de mon adhésion

Oui Non

Je soussigné, Mr ou Mme _____ autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence

Date : Signature :

Stages

Stage A	☐
Stage B	☐
Stage C	☐
Stage D	☐
Stage E	☐
Stage F	☐
Stage G	☐

Activités

Parc Astérix 02/07	30€	☐
Jeux de connaissance 06/07	Gratuit	☐
Foot 06/07	Gratuit	☐
P'tit déj Ciné 07/07	1€	☐
Initiation boxe 07/07	Gratuit	☐
Archery run 08/07	Gratuit	☐
Soirée jeux de société 08/07	Gratuit	☐
Olympiades MQFF 09/07	Gratuit	☐
Plage à Saint–Malo 10/07	3€	☐
Kahoot, quizz, débats 13/07	Gratuit	☐
Futsal 13/07	Gratuit	☐
Atelier gaufres/crêpes 15/07	1€	☐
Tennis de table 15/07	Gratuit	☐
Spongeball 16/07	Gratuit	☐
Karaoké + n'oublie pas les paroles 16/07	Gratuit	☐
Kingoland 17/07	13€	☐
Time's up 20/07	Gratuit	☐

Activités

Futsal 20/07	Gratuit	☐
Petit déj ciné 21/07	1€	☐
Tchoukball 21/07	Gratuit	☐
Piscine 22/07	2€	☐
Soirée filles 22/07	1€	☐
Casino 23/07	Gratuit	☐
Soirée pizza-jeux vidéo 23/07	5€	☐
Trampoline park 24/07	9€	☐
Hockey sur gazon 24/07	Gratuit	☐
Futsal 27/07	Gratuit	☐
Soirée garçons 27/07	1€	☐
P'tit déj ciné 28/07	1€	☐
Dodgeball 28/07	Gratuit	☐
Rallye vidéo 29/07	Gratuit	☐
Repas partagé 29/07	Gratuit	☐
Thèque 30/07	Gratuit	☐
Soirée loup-garou 30/07	Gratuit	☐

Carte de membre ☐ 3€50

Remboursement si annulation 8 jours avant l'activité, ou sur justificatif médical.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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.

1– VACCINATION

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

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 (boites 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
MEDICAMENTEUSES ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :
……
……

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 : ……..PRENOM : ……
Adresse : …….
Tel Domicile……...Tel Travail……
Tel Portable……..

Responsable N°2 : NOM : ……..PRENOM : ……
Adresse : …….
Tel Domicile……...Tel Travail……
Tel Portable…….

NOM ET TEL MÉDECIN TRAITANT : …….

Je soussigné(e)……..……., responsable légal du mineur, déclare exacte 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 :