



DOSSIER  
D'INSCRIPTION  
STAGE  
« SPORTS  
VACANCES »

**Année 2024**

*(Dossier annuel à ne fournir qu'à la première inscription)*

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

L'opération **Sports Vacances** permet de découvrir des activités sportives, pendant les vacances scolaires :

***Faire du sport près de chez soi...pendant les vacances scolaires***

Des stages multisports d'une durée d'au **moins trois jours consécutifs** sont proposés pour les 10-13 ans : toutes les activités sont assurées par des **éducateurs sportifs diplômés**.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom – Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES**

	PERE	MERE	AUTRES (Famille d'Accueil)
Nom – Prénom			
Adresse (si différente de l'enfant) Ville			
Téléphone fixe			
Mobile			
Adresse mail			

Mariés  divorcés  séparés  célibataire  vie maritale  pacs   
 Dans le cas de séparation des parents, préciser si garde alternée oui  non

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_ MSA \_\_\_\_\_ AUTRE \_\_\_\_\_

**AUTORISATION**

Pour récupérer votre enfant en cas d'empêchement de votre part, vous pourrez mandater une ou plusieurs personnes. Pour cela, merci de compléter le tableau ci-dessous.

Nom - Prénom	Qualité	Adresse	Téléphone

Informations particulières que le représentant légal souhaiterait porter à la connaissance de la mairie.....  
 .....  
 Saint Denis de Pile, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal,

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Autorisation d'intervention médicale                      oui                       non

Nom du médecin traitant.....Téléphone.....

N° Sécurité sociale de la personne couvrant l'enfant.....

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui  non

Toute prise de médicaments devra faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

**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                      OUI                       NON

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

.....

.....

.....

.....

**En cas d'allergie alimentaire, informer les services municipaux au moment de l'inscription. Fournir un certificat médical**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

.....

.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

**4 - DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR**

- **VACCINATIONS** (joindre la photocopie du carnet de santé).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

- **ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE**

- **LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT**

- **UN CERTIFICAT MEDICAL (A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT) DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT**

- **ATTESTATION « SAVOIR NAGER » OU BREVET DE NATATION OBLIGATOIRE**

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....

ADRESSE.....

TÉL.DOMICILE.....TÉL.PORTABLE : .....

BUREAU : .....

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

Date : Signature

**Autorisation pour mon enfant de rentrer seul après les activités :**

OUI  NON

Date : Signature :