



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 :