

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MALADIES :

Varicelle Asthme Coqueluche Rubéole Scarlatine
 Rougeole Otite Groupe Sanguin : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS : _____

VACCINATION :

D.T. COQ / POLIO :

1^{ère} injection : _____ 2^{ème} injection : _____ 3^{ème} injection : _____

1^{er} rappel : _____ 2^{ème} rappel : _____ 3^{ème} rappel : _____

BCG :

1^{ère} injection : _____ 2^{ème} injection : _____

AUTORISATION PARENTALE :

J'autorise mon enfant : _____ à participer aux activités et sorties organisées par SAINT-BRICE JEUNESSE en accord avec le règlement ci-joint et des conditions suivantes :

◆ L'accès est libre, par conséquent l'enfant ne sera sous responsabilité de l'animateur que pendant le temps des activités (les trajets aller et retour SAINT BRICE JEUNESSE et domicile seront sous la responsabilité des parents).

◆ L'équipe d'animation n'est pas responsable en cas de perte ou de vol des effets personnels de l'enfant.

◆ En cas d'accident, les frais médicaux seront à la charge des parents.

PIECES A FOURNIR :

- Photocopie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Certificat médical (pratique d'activités sportives)
- Photocopie du carnet de vaccination
- 2 photos
- Montant de l'inscription : 8 € (Année civile)

AUTORISATIONS COMPLEMENTAIRES :

J'autorise mon enfant : _____

◆ A pratiquer des activités nautiques : oui-non

◆ A sortir de la commune lors d'une activité : oui-non

◆ A utiliser les transports en commun : oui-non

◆ A être filmé, photographié et diffusé dans la presse : oui-non

Je suis favorable à une intervention médicale, chirurgicale ou hospitalisation, si nécessaire : oui-non

Signature des parents :

(avec mention lu et approuvé)

Signature de l'enfant :