Walteuteu Messanges Surf Club
Mairie de Messanges - 40660 Messanges
Siret : 489776000010 – APE : 9312Z-
AGREMENT JEUNESSE ET SPORT :705 S 4007

DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE SURF

ENFANT : Nom..... Prénom.....

Garçon ☐ Fille ☐ Date de naissance...../...../.....

Séjour .....

Du...../...../.....Au...../...../.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT : .....

Adresse Email durant le séjour : .....

Tél.domicile :...../...../...../...../..... Tél.durant le séjour :...../...../...../...../.....

Nom du médecin traitant :.....Tél.:...../...../...../...../.....

Indiquez 2 personnes en précisant le rapport * (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvions vous joindre

Nom ..... tél :..... rapport* :.....

Nom ..... tél :..... rapport* :.....

NOM ASSURANCE RESP. CIVILE + N° CONTRAT :

N° de sécurité sociale : .....

Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100% (CMU ou autre), nous remettre impérativement une copie de l'attestation de la sécurité sociale.

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐..... MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) .....

.....

.....

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER OUI ☐ NON ☐ PRECISEZ.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, handicap,accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. : .....

.....

.....

.....

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous **sera rendue à la fin du séjour.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélité				Rougeole	
ou DT Polio				Coqueluche	
ou Tétra coq				Autres (préciser)	
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐

SI OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

IMPORTANT : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	SCARLATINE	RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGÜ
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITES**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? OUI ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ NON ☐

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

votre signature obligatoire :

DATE : .....

Observations : .....

.....

.....

.....