

**STAGES DE VACANCES DE FOREST  
FICHE D'INSCRIPTION**

Enfant

**A COMPLETER EN MAJUSCULE (UNE LETTRE PAR CASE) OU APOSER UNE VIGNETTE DE LA MUTUELLE**

Nom

Prénom

date naissance    N.N.

adresse

code postal  commune

Activités choisies : 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_  
3° \_\_\_\_\_ uniquement en cas d'annulation d'un des premiers choix.

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone privé : ..... GSM : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone privé : ..... GSM : .....

La mère bénéficie-t-elle d'allocations de chômage ?      OUI    NON

Le père bénéficie-t-il d'allocations de chômage ?      OUI    NON

La personne signant ce document prend connaissance du fait que la responsabilité des organisateurs des stages de vacances n'est engagée qu'à partir du moment où l'enfant est inscrit dans le registre des présences. Chaque parent est censé connaître ce règlement pour l'avoir lu et déclare avoir reçu l'attestation fiscale.

Nom, Prénom de la personne responsable :

.....

Date : .....

Signature :

## FICHE DE SANTE

Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

1) Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

2) Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Diarrhée			
Autres ...			

A-t-il/elle eu une maladie ou subi une intervention grave ? OUI / NON Si oui, laquelle ?

.....

Est-il/elle allergique ?

- à certains médicaments ? OUI/.NON si oui, lesquels ? .....

- à d'autres choses ? OUI / NON si oui, lesquelles ? .....

Porte-il/elle des lunettes ? OUI / NON

Porte-il/elle un appareil auditif ? OUI / NON

Souffre-t-il d'un handicap ? OUI / NON si oui, lequel ? .....

A-t-il été vacciné contre le tétanos (indispensable) ? OUI / NON

Avez-vous des remarques utiles à formuler concernant sa santé ? .....

.....

**NB : Si un médicament doit être administré durant la journée, joindre une attestation médicale précisant le médicament et la posologie**

Le .....

Signature