

FICHE D'INSCRIPTION

1 – ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

2 - DATES ET TECHNIQUES CHOISIES :

3 - COORDONNEES DE L'ENFANT :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email (obligatoire) :

Tél. fixe :

Tél. port. :



3 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

J'atteste sur l'honneur que l'enfant est apte à nager : OUI NON

Si non, je considère que l'enfant peut quand même participer à l'activité.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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 MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :.....

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

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, 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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES	DENTAIRE,		ETC...PRÉCISEZ.

.....
.....

5 – AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS ET VIDEOS

J'autorise la « Fédération de Pêche de l'Aveyron », dans le cadre de la promotion, de publier sans limitation dans le temps et sur tous supports d'information ou de promotion de la pêche en Aveyron, réseaux sociaux et sites de partages inclus, les photos et/ou vidéos prises lors des animations sur lesquelles peuvent figurer mon enfant. **OUI** **NON**

Je soussigné responsable légal 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.

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'Ecole de Pêche Fédérale de l'Aveyron.

Je déclare avoir pris connaissance des règles de sécurité, je dégage toute responsabilité des organisateurs et des animateurs au cas où l'enfant ne respecterait pas la réglementation des activités ou ne s'y présenterait pas.

Les inscriptions seront effectives lors de la réception de cette fiche dûment complétée, accompagnée du règlement (à l'ordre de « fédération de pêche ») et d'une copie de l'attestation d'assurance extrascolaire de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)



Fiche à retourner à :
Ecole de Pêche Fédérale de l'Aveyron
Moulin de la Gasparie
12000 RODEZ
E-mail : ecole.peche.12@free.fr