

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			
Diphthérie				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"/>	

