



Bulletin d'inscription

ECOLE DE PECHE

DU MERCREDI APRES MIDI



Agrément jeunesse
et sports n° 92S509

Merci de compléter le formulaire ci-dessous en lettres CAPITALES.

Nom : Prénom de l'enfant : Né le / /

E-mail : @

(Indispensable si vous désirez être tenu au courant des prochains stages, concours de pêche et fêtes de la pêche)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel. domicile : Tel. bureau : Tel. portable :

Je joins mon règlement de séance(s) x 25 € = € à l'ordre de MPN.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné
autorise mon enfant :

★ A participer aux séances de découverte pêche organisées de 14h à 17h30 le(s) mercredi(s) (dates) :
.....
et décharge de toute responsabilité «l'Association des Amis de la Maison de la Pêche et de la Nature» en dehors des heures précisées ci-dessus.

★ Certifie que celui-ci est **âgé de 8 ans ou plus** et l'autorise à participer aux activités organisées par la Maison de la Pêche et de la Nature.

★ Certifie sur l'honneur que **mon enfant sait nager** et est **apte à participer aux activités** de l'école de pêche, je m'engage à signaler tout problème de santé particulier de mon enfant au responsable :
.....

★ Autorise les responsables, en cas d'accident, à prendre toute décision appropriée, avec ou sans moi, pour assurer la sûreté et la santé de mon enfant : appel des pompiers, transfert à l'hôpital. **Numéros de téléphone où me contacter en urgence** :

★ **Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités (17h30)** : OUI NON
Noms des personnes, autres que moi, habilitées à récupérer mon enfant à l'issue de l'activité :
.....

★ **Autorise mon enfant à tourner des images et à enregistrer des témoignages**, dans le cadre des diverses émissions télé et radio sur la pêche que l'école de pêche serait éventuellement amenée à effectuer, et à être pris en photo dans le cadre de reportages pour divers magazines spécialisés pêche ou d'information. *Ces images et témoignages pourront être utilisés, tout ou partie, ensemble ou séparément, sans limitation temporelle, pour la promotion de l'école de pêche ou du loisir pêche en général. En aucun cas, nous ne pourrions demander de droits de reproduction ou poursuivre "l'Association des Amis de la Maison de la Pêche et de la Nature" et ne pourrions les tenir responsables quant aux conséquences éventuelles liées à la diffusion de ces témoignages et/ou images.*

Fait à le - porter la mention : "lu et approuvé" et signer -

Nom :



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG.

SU L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACON ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for Rubéole, Varicelle, Angine, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons, Allergies (Asthme, Alimentaires, Médicamenteuses, 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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM:
ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S.À 100%

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :