



# FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE MOSELLE JEUNESSE

## JEUNE PARTICIPANT (E)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

## REPRESENTANT LEGAL

Lien avec le participant :  Mère  Père  Tuteur

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse (si différentes) : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

N° de Téléphone(s) par ordre de priorité, N° tel. 1 \_\_\_\_\_

N° tel. 2 : \_\_\_\_\_ N° tel. 3 : \_\_\_\_\_

## DATES DE PARTICIPATION

Le **représentant légal** autorise **le/la jeune** à participer à l'opération « MOSELLE JEUNESSE », les : (cocher les cases où le participant sera présent)

- Lundi 21 octobre 2019
- Mardi 22 octobre 2019
- Mercredi 23 octobre 2019
- Jeudi 24 octobre 2019
- Vendredi 25 octobre 2019
- Autres temps de préparation 2019

Cette action se déroule de 13h30 à 17h00, avec pour **point de rassemblement au Centre Socioculturelle**.

- C'est la première fois qu'il/elle participe à Moselle Jeunesse Sarrebourg ? : oui  non

## ASSURANCE

Je déclare, par la présente, que le participant est apte à pratiquer des activités sportives (sport de raquette, sports collectifs ...) et qu'il est assuré en responsabilité civile :

Numéro de responsabilité civile : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

## CONDITIONS

**Ces activités sont en libre accès. Les jeunes ont la possibilité de quitter l'activité à tout moment.**

Les éducateurs ont la possibilité d'exclure un jeune pour mauvais comportement (incivilités, agressivité, écart de langage, insultes,...).

La ville de Sarrebourg décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration des effets vestimentaires et autres objets laissés par toute personne lors des activités.

Le participant doit avoir un équipement adapté à la pratique sportive en salle (chaussures de sport réservées à l'usage intérieur, gourde, ...)

### Le représentant légal :

- Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation pendant la durée de l'opération.
- Accepte et autorise sans contrepartie financière le stockage, la reproduction et la diffusion des photographies et enregistrements audiovisuels pour une communication au public sur tous supports, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés.
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscription définies dans le présent document.

Fait à \_\_\_\_\_, le .....2019.

Signature du représentant légal :

✂ **Mémo Moselle Jeunesse avril.** A conserver par le représentant légal

Lundi 21.10.19  Mardi 22.10.19  Mercredi 23.10.19  Jeudi 24.10.19  25.10.19



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Filles

Garçon

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Diphtérie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....
Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....
DT polio	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....
Tétracoq	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....
BCG	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date du dernier rappel : .....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical durant l'activité ?  OUI  NON

Si OUI, lequel : .....

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

Rubéole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Asthme :  OUI  NON    Médicamenteuses :  OUI  NON    Alimentaires :  OUI  NON

Autres :

Précisez la cause des allergies 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 précautions à prendre :

.....

Recommandations des parents. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez ci-après :

.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Personne à contacter en cas de problème médical (parents/responsable de l'enfant)

Nom et Prénom : .....

Téléphone (domicile/portable/bureau) : .....

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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....