

PARTICIPANT (E)

NOM : _____ PRENOM : _____

Age : _____ Courriel : _____ @ _____

Adresse : _____

CP : _____ VILLE : _____

REPRESENTANT LEGAL

Lien avec le participant : Mère Père Tuteur

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse (si différente) : _____

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 participant (e)** à assister à l'opération « MOSELLE JEUNESSE AVRIL 2023 » selon les plannings ci-dessous.

	Lun. 17 avril	Mar. 18 avril	Mer. 19 avril	Jeu. 20 avril	Ven. 21 avril
Matin 9-12h					
Midi 12h-13h30					
Ap-midi 13h30-17h					

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

ASSURANCE

J'atteste avoir répondu NON au questionnaire santé ou à joindre un certificat médical de non contre-indication des pratiques sportives.

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 obligatoirement un équipement adapté à la pratique des activités proposés, vêtement de sport, basket,

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

Signature du représentant légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Fille

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 :