

Fiche d'inscription

BABY PASS'SPORTS

NOM & Prénom de l'enfant	Date de naissance	Classe	Ecole

Père :	Mère :
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Tel Domicile :	Tel Domicile :
Tel Travail :	Tel Travail :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Secteur : (CDC ou Hors CDC)	Secteur : (CDC ou Hors CDC)

Nom et adresse du responsable légal (si différent des parents) : _____

N° Allocataire CAF (obligatoire) : _____ Autre régime : _____

Qui joindre en cas d'urgence ?

Mlle, Mme, M. _____ ☎ _____

J'autorise l'organisateur du Baby Pass'sports à prendre mon enfant en photo ou vidéo et à diffuser celles-ci dans le cadre normal de ses activités : oui non

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE :

☑ J'autorise mon enfant à partir accompagné :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (majeurs uniquement) :

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Je soussigné (e) _____, en qualité de _____ certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Date :

Signature du (des) responsable(s) :

Fiche sanitaire

BABY PASS'SPORTS

1. ENFANT

NOM PRENOM:

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT (Cf. recto)

3. OBSERVATIONS PARTICULIERES ET RECOMMANDATIONS UTILES (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation etc... ; l'enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives ou dentaires etc... précisez) :

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

DESCRIPTIF	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie + Tétanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> tatravac	
Ou Diphtérie + tétanos+ Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax Polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engerix <input type="checkbox"/> Genhevac <input type="checkbox"/> HBVax	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	



5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

ALLERGIES : **ASTHME** oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES : _____

Je soussigné(e).....responsable légal(e) 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 chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :..... Signature :

Cachet du médecin :

Date et lieu :

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de différents sports dans le cadre du Baby Sports.

Je soussigné Docteur :

Certifie avoir consulté ce jour (enfant) :

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport dans le cadre des activités Baby Pass'Sports telles que :

- Jeux d'opposition
- Jeux de raquettes
- Jeux de motricité
- Sports collectifs
- Baby voile

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Signature :