

IMSAT

Centre de Loisirs Sportifs



DOSSIER D'INSCRIPTION 2009 - 2010

NOM de l'enfant :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE TELEPHONE :

ADHESION	Union Patronale du Var	Mutuelle du Var	Non adhérent
Cocher la case correspondante			

Numéro de sociétaire

IMSAT - Centre de Loisirs Sportifs
Avenue F. Arago, BP 253
83078 Toulon cedex 09

Portable : 06 46 48 09 35
☎ 04-94-75-24-15

Fax : 04-94-75-52-99
✉ : cls@imsat-gt.com

I - Fiche Individuelle de Renseignements :

NOM et Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

E-mail :

N° de téléphone :

Photo

Déclaration du responsable légal de l'enfant :

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur, autorise :

- le directeur à faire soigner mon enfant et à pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du centre, et m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels ;
- mon enfant à participer à toutes les activités du centre et certifie qu'il ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de ces activités ;
- l'équipe pédagogique à prendre des photos lors des activités dans le cadre du suivi de la formation continue des animateurs stagiaires, ainsi que l'utilisation de ces photos dans des documents de nature pédagogique (journal interne, rapport de stage en entreprise, site Internet IMSAT...).

Fait à le

Signature obligatoire :

Personnes autorisées à ramener l'enfant :

II – Certificat médical :

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'enfant

- Est en bonne santé, ne présente pas de maladie contagieuse cliniquement décelable, et peut être admis en collectivité ;
- Est à jour de ses vaccinations ;
- Ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Nombre de cases cochées :

Fait le :

Signature et cachet du Docteur :

Ce certificat médical a une validité d'une saison sportive, soit du 1^{er} septembre 2009 au 31 août 2010.

La fiche sanitaire de liaison sera à réactualiser si nécessaire pour chaque séjour.

III – Vacances scolaires :**Vacances de la Toussaint 2009 :**

Dates du séjour ⁽¹⁾		Coût ⁽²⁾	Avoir ⁽²⁾	Total ⁽²⁾	Règlement ⁽²⁾
Du 26/10 au 30/10					
Du 02/11 au 04/11					

Vacances de Février 2010 :

Dates du séjour ⁽¹⁾		Coût ⁽²⁾	Avoir ⁽²⁾	Total ⁽²⁾	Règlement ⁽²⁾
Du 08/02 au 12/02					
Du 15/02 au 19/02					

Vacances de Pâques 2010 :

Dates du séjour ⁽¹⁾		Coût ⁽²⁾	Avoir ⁽²⁾	Total ⁽²⁾	Règlement ⁽²⁾
Du 05/04 au 09/04					
Du 12/04 au 16/04					

Vacances d'Eté 2010 :

Dates du séjour ⁽¹⁾		Coût ⁽²⁾	Avoir ⁽²⁾	Total ⁽²⁾	Règlement ⁽²⁾
Du 28/06 au 02/07					
Du 05/07 au 09/07					
Du 12/07 au 16/07					
Du 19/07 au 23/07					
Du 26/07 au 30/07					
Du 02/08 au 06/08					
Du 10/08 au 14/08	FERME				
Du 18/08 au 22/08					
Du 25/08 au 29/09					

⁽¹⁾ Mettre une croix dans la case correspondante ; ⁽²⁾ A remplir par la direction.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

CENTRE ou SÉJOUR : _____

DATES : _____

I - ENFANT : NOM : Prénom :

Sexe : GARÇON FILLE Date de naissance :/...../.....

II - VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
<i>Précisez s'il s'agit :</i>	/...../.....
du DT polio	/...../.....
du DT coq	/...../.....
du Trétracoq	/...../.....
d'une prise polio	/...../.....
RAPPELS	/...../.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{re} VACCIN/...../.....	VACCIN/...../.....	/...../.....
REVACCINATION/...../.....	1 ^{er} RAPPEL/...../.....	/...../.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ
POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM	/...../.....
	/...../.....

III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

/...../.....
/...../.....
/...../.....

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :
.....
.....
.....

N° de S.S. : _____ N°s de Tél. : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable 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 :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE/...../.....

DÉPART LE/...../.....