

**FICHE
D'INSCRIPTION
ENFANTS 2018-2019**

NOM DE L'ENFANT: _____

PRÉNOM DE L'ENFANT: _____

PHOTO

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

SECTION ARTS

RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM-PRENOM du Père :

ADRESSE

TEL PORTABLE : E-MAIL:

PROFESSION LIEU TEL TRAVAIL :

NOM-PRENOM de la Mère :

ADRESSE (si différente)

TEL PORTABLE : E-MAIL :

PROFESSION LIEU TEL TRAVAIL :

NOM ET TELEPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

(Les personnes désignées doivent obligatoirement se munir d'une pièce d'identité) :

Nom- PrénomLien de parentéTel.....

Nom- PrénomLien de parentéTel.....

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Le Certificat médical ci-joint rempli, daté et signé par le médecin traitant
- L'attestation d'assurance de Responsabilité Civile, scolaire et extrascolaire de l'enfant
- 1 photo d'identité collée ou agrafée au présent dossier

AUTORISATION / ATTESTATION

Je soussigné (e) (Nom, Prénom) Père Mère Représentant légal

- Autorise l'ESAM à prendre des photos ou vidéos de mon enfant et à les diffuser dans le cadre du site internet de L'ESAM, sur la page Facebook de l'ESAM, en vue d'articles de presse, d'expositions photos et de toutes publications promotionnelles
- Refuse que mon enfant soit filmé ou pris en photo
- Autorise les responsables, éducateurs, encadrants, intervenants à transporter mon enfant en mini bus et/ou voiture dans le cadre des activités de l'ESAM, en stage, séjours, entraînements, répétitions diverses
- J'accepte de recevoir toutes les informations de l'ESAM (Newsletters, inscription stages, séjours etc.) par e-mail ou texto
- J'autorise l'ESAM à laisser mon enfant rentrer seul à son domicile à la fin des activités

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, joindre photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non 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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Nous vous informons que d'après l'article L321-4 du code du sport, les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer.

Je reconnais avoir pris connaissance de cet article L321-4 du code du sport

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant déclare, exacts les renseignements portés sur cette fiche, avoir pris connaissance « des codes de l'ESAM » et des tarifs. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal