

INSCRIPTION

MODE D'EMPLOI



Vous venez d'effectuer une inscription pour l'un de nos stages Rugby de la « Stade Toulousain Académie » et nous vous remercions pour la confiance que vous nous portez. Nous vous demandons de bien vouloir nous ramener le jour du stage :

Nom e Prénom du stagiaire :

Date du séjour : / / **AU** / /

DOCUMENTS À APPORTER LORS DU PREMIER JOUR D'ACCUEIL :

- ☐ **L'attestation de la Sécurité sociale du tuteur légal / ou carte Européenne / ou doc assurance maladie.**
- ☐ **Fiche sanitaire de liaison.**
- ☐ **Certificat médical -3 mois ou n° de la Licence de rugby de la saison en cours.**

N° de licence FFR :

- ☐ **J'autorise le stade Toulousain Académie, à utiliser les images photographiques ou numériques, prises dans le cadre du fonctionnement, pour illustrer les activités de la structure**

Signature parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....

En cas de régime alimentaire, précisez : ☐ Sans viande ☐ Sans porc

Baignade : ☐ Sait nager ☐ Se débrouille ☐ Ne sait pas nager

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

N° de sécurité sociale :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :