

Plaine :

Age :

FICHE SIGNALÉTIQUE

(A remettre à l'équipe d'encadrement le 1^{er} jour de présence sur la plaine)

A REMPLIR EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE S.V.P.

Nom de l'enfant :

Prénom :

N° registre national :

Nom et prénom des frères ou sœurs qui fréquentent les plaines :

.....

Ecole fréquentée (durant l'année scolaire):

PERSONNE RESPONSABLE

Nom : **Prénom :**

en qualité de père - mère - tuteur(trice) (*)

N° registre national :

Adresse :

Code postal : Localité :

N° de téléphone où l'on pourrait vous joindre :

J'autorise mon fils – ma fille (*)

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • A se rendre aux bassins d'apprentissage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A se rendre à la piscine olympique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A participer aux activités encadrées hors commune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A être photographié lors des activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mon fils- Ma fille sera récupéré(e) à l'accueil

par.....

.....

Vignette de mutuelle

(*) biffer les mentions inutiles.

FICHE MEDICALE A JOINDRE AU DOSSIER DE L'ENFANT.

.....

CHERS PARENTS : Ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par votre médecin.

DONNEES MEDICALES :

NOM et TEL. du médecin traitant :

.....

Maladies antérieures ou opérations subies :

.....

.....

.....

Est-il atteint de : *diabète - asthme - affection cardiaque - épilepsie - rhumatisme - handicap moteur - affection cutanée – autre* ? :

.....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **OUI - NON**. En quelle année ?

A-t-il subi un (ou des) rappel(s) ? **OUI - NON**

Si oui, en quelle(s) année(s) ?

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives (y compris baignades) et jeux adaptés à son âge ? **OUI – NON**

Y avait-il eu des remarques particulières concernant sa participation à pareille activité ? **OUI - NON**. Lesquelles ?

.....

Date :

Signature :