



FICHE D'INSCRIPTION 2020



CEL Celavu Prunelli

L'enfant

Nom : _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Responsable légal

Mère

Nom: _____ Prénom _____

Adresse :

CP et Ville : _____

N° fixe : _____ N° portable : _____

Email : _____

Père

Nom: _____ Prénom _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

N° fixe : _____ N° portable : _____

Email : _____

Autres responsable légal :

Nom: _____ Prénom _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

N° fixe : _____ N° portable : _____

N° Pro: _____

Assurance:

Assureur: _____ N° de contrat: _____

Autorisations diverses

Je soussigné(e) _____, responsable légale, autorise :

- **L'organisateur, à photographier ou filmer mon ou mes enfants**

 oui non (rayez la mention inutile)

(Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication)

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (en l'absence du responsable légal)

Nom et prénom :

Tél. domicile :

Portable :

PAIEMENT : Les activités du CEL ne sont plus à régler le jour même, en effet un système de facturation a été mis en place, vous recevrez donc à la fin des vacances, par mail ou courrier, une facture à nous régler soit par chèque, soit par virement, soit en espèce directement dans nos locaux à Bastelicaccia.



Nous vous informons également qu'un enfant ne pourra être inscrit si les dettes antérieures ne sont pas acquittées.

Je soussigné(e),....., responsable légale de l'enfant....., l'autorise à participer aux activités sportives et culturelles correspondant à son âge, et à profiter des transports organisés. J'atteste avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de cet enfant mineur, et certifie avoir pris connaissance des conditions de paiement des activités.

Date et signature:

Fiches à nous retourner dûment remplies et signées, merci de joindre l'attestation d'assurance responsabilité civile et extrascolaire.

Fiche sanitaire

Groupe sanguin : _____

Vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rubéole (ROR)	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres (préciser)	

Renseignements médicaux concernant l'enfant

- L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) 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

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<u>Rubéole</u> Oui Non	<u>Varicelle</u> Oui Non	<u>Rhumatisme articulaire</u> Oui Non	<u>Scarlatine</u> Oui Non	<u>Coqueluche</u> <u>Oui Non</u>
<u>Rougeole</u> Oui Non	<u>Oreillons</u> Oui Non	<u>Autres :</u>		

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)

Conduite à tenir :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant porte-t-il : Des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant
_____, déclare exact les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable du CEL à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :