



Fiche d'inscription stage

Dates : du au

Renseignement concernant l'enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Age : Sexe : M F

Adresse :
 Code Postal : Ville :

Licencié(e) FFCAM au club REVe : OUI NON
 Licencié(e) FFCAM dans un autre club : OUI NON si OUI lequel ? :

Renseignement sur le responsable légal

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél fixe : Tél. portable : Email :

Autorisation parentale

Je soussigné
 responsable légal de l'enfant
 l'autorise à participer au stage d'escalade organisé par l'association REVe.
 En cas d'accident, j'autorise l'encadrement à prendre toutes les dispositions médicales nécessaires.
 J'autorise le transport de mon enfant dans le véhicule de l'encadrant.

Autorisation de diffusion d'image de mon enfant
 J'accepte que l'image de mon enfant puisse être utilisée.
 Je ne souhaite pas que l'image de mon enfant puisse être utilisée.

Règlement *

Coût du stage	
License FFCAM si l'enfant n'est pas déjà licencié à la FFCAM	35,00 €
Adhésion club si l'enfant n'est pas déjà adhérent à REVe	10 €
Total	

* Explications sur les tarifs et les licences. :

Plusieurs cas possibles :

- Votre enfant est adhérent au club REVe et a une licence FFCAM (enfants inscrits en section sportive du collège ou aux écoles d'aventure) : pas de surcoût.
- Votre enfant est adhérent au club REVe et a une licence FFME (enfants inscrits aux cours en salle seuls) : surcoût de 35 € pour la licence FFCAM.
- Votre enfant est adhérent à un club extérieur FFCAM : surcoût de 10 € pour l'adhésion à REVe.
- Votre enfant est licencié à un club extérieur non FFCAM : surcoût de 35 € pour la licence FFCAM et de 10 € pour l'adhésion à REVe.
- Votre enfant n'est licencié dans aucun club d'escalade : surcoût de 35 € pour la licence FFCAM et de 10 € pour l'adhésion à REVe.

Ci-joint le règlement de : €
 Par chèque à l'ordre de « REVe »

Fait à Le
 Signature

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES SUIVANTES :

- **ASTHME** Oui Non
- **ALIMENTAIRES** Oui Non
- **MÉDICAMENTEUSES** Oui Non
- **AUTRES** (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (**Si automédication le signaler**).

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énorésie nocturne :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL