

# Formulaire d'inscription ENFANT 2018-2019



L'inscription de votre enfant se fait en 2 temps :

**1 – Vous réservez votre cours sur la page « réservez vos cours » de notre site et vous l'ajoutez dans votre panier d'achat, vous effectuez votre paiement en ligne par CB ou vous choisissez le paiement par chèque. N'oubliez pas de prendre la cotisation annuelle.**

**2 - Vous remplissez le formulaire ci-dessous et vous nous le transmettez par mail avec la fiche sanitaire de liaison. Notre mail : msainteagnes@gmail.com**

**Pour le judo, l'escrime et la danse sur pointe, vous joignez aussi un certificat médical d'aptitude.**

---

**Nom de l'enfant :**  
**Prénom de l'enfant :**  
**Date de naissance :**

**Classe en septembre 2018 :**  
**Ecole :**

**Activités choisies pour votre enfant :**

**Adresse :**  
**Code postal :**  
**Ville :**

**Nom du responsable légal de l'enfant :**

**Mère : Téléphone domicile :**  
**Mère : Portable :**  
**Mère : Autre téléphone :**  
**Mère : e-mail (c'est sur cet e-mail que vous recevrez toutes les informations concernant vos activités pendant l'année, vérifiez que nous ne sommes pas dans vos spams) :**  
**Mère : adresse :**  
**Code postal :**  
**Ville :**

**Père : Téléphone domicile :**  
**Père : téléphone portable :**  
**Père : autre téléphone :**  
**Père: e-mail (c'est sur cet e-mail que vous recevrez toutes les informations concernant vos activités pendant l'année, vérifiez que nous ne sommes pas dans vos spams) :**  
**Père : Adresse :**  
**Code postal :**  
**Ville :**

**Personne accompagnant l'enfant :**  
**Numéro de téléphone de l'accompagnant :**

**Assurance: Nom de la Compagnie :**  
**Assurance : Numéro du contrat :**

**Possibilité de bénévolat ponctuellement dans l'année ? : oui non à voir**

**Vous effectuez une : inscription réinscription**

**Vous avez choisi une adhésion : Individuelle 40€ / Famille 100€**

**Votre paiement se fait par :**

- CB
- chèque : Banque :  
N° chèque 1 :  
N° chèque 2 :  
N° chèque 3 :

**Commentaire :**

**Je soussigné :**

**Nom, Prénom :**

**le responsable légal :**

**Autorise mon enfant à quitter la Maison Sainte Agnès seul après l'activité : oui non**

**Autorise la Maison Sainte Agnès à publier des photos de mon enfant sur le site web, et sur les communications internes et externes. : oui non**

**Autorise mon enfant à participer aux animations : chant de louange et histoire biblique : oui non**

**M'engage à participer – moi ou mes enfants - aux activités auxquelles nous sommes inscrits, avec la plus grande régularité, en particulier pour la danse et les sports, à informer systématiquement la Maison Sainte-Agnès de toute absence à une activité ou au spectacle de danse, en remplissant le formulaire d'absence accessible depuis la page d'accueil du site internet. : oui**

**Déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription (CGV), des règles de vie et du règlement de la Maison Sainte Agnès, en accepter les modalités et y adhérer pleinement : oui**

- **Qu'est-ce que vous aimez à la Maison Sainte-Agnès :**
- **Qu'est-ce que nous pourrions améliorer ?**

**Merci de joindre la fiche sanitaire de liaison**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON** CERFA N° 85-0233  
CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI  
POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS**

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit : VACCINS PRATIQUES DATES

Du DT polio ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Du DT coq ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Du Tétracoq ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D'une prise polio RAPPELS ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANTITUBERCULEUSE (BCG) ANTIVARIOLIQUE AUTRES VACCINS  
DATES DATES VACCINS DATES

1<sup>er</sup> VACCIN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VACCIN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
REVACCINATION \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 1<sup>er</sup> RAPPEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

POURQUOI ? .....

NATURE DATES

INJECTIONS DE SERUM ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE

non oui non oui non oui non oui non oui

COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

non oui non oui non oui non oui non oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ? .....

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE  
JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....

DOMICILE BUREAU

N°

DE S.S. N° DE

TEL

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

.....

.....

.....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....

.....