

FICHE D'INSCRIPTION 2023

Renseignements :

NOM, Prénom : Date de naissance : / / F G

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Responsable de l'enfant père - mère - famille : _____

Situation familiale : marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
vie maritale célibataire séparé

Nom du responsable : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : /_/_/_/_/_/_/_/_ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____ Mail : _____

Profession du responsable : _____

Employeur : _____ Téléphone : _____

Profession du conjoint : _____

Employeur : _____ Téléphone : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré : _____

Nom de l'Allocataire : (CAF ou MSA) _____

Numéro d'Allocations Familiales ou Agricoles : _____

Quotient familial : _____

ASSURANCES

RESPONSABILITE CIVILE¹ OUI NON

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

Numéro du contrat : _____

MUTUELLE / ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE OUI NON

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

Tel : _____

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE COUVRANT LES LOISIRS OUI NON

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

Tel : _____

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES

Je soussigné, (nom et prénom du responsable de l'enfant) : _____
responsable de l'enfant : _____

l'autorise à pratiquer les activités organisées, durant le camp et /ou les animations :
autorise l'ODDAS à utiliser les photos des activités pour sa communication

Fait à _____

Signature

Le _____

¹ Référez vous à votre contrat multirisques-habitation

SANTE

Contre-indications médicales : _____

Difficultés de santé : (Hospitalisation, Opérations, Asthme.....) _____

Allergies : Oui Non

à : _____

Médecin traitant : _____

Tél : _____

VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination)
OU PHOTOCOPIE DES VACCINS SUR LE CARNET DE SANTÉ**ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE**

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{ER} VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 ^{er} RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS ET/OU SPÉCIFICITÉS CONCERNANT VOTRE ENFANT (régime alimentaire, handicap...)

Je soussigné, _____, autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. L'ODDAS est assuré en responsabilité civile. Il est conseillé aux parents de couvrir leur(s) enfant(s) avec une assurance extra-scolaire.

Fait à _____
le _____

Signature :