Inscription cycles escalade 2023/2024

CRENEAUX

3 ans
Mercredi 10h/10h45 ☐

4/5 ans
Mercredi 14h15/15h ☐
Samedi 10h/10h45 ☐

6/8 ans
Mercredi 11h/12h ☐
Mercredi15h15/16h15 ☐
Samedi 10h/11h ☐

8/10 ans
Mardi 18h/19h30 ☐
Mercredi 11h/12h30 ☐
Samedi 11h15/12h45

10/12 ans
Mardi 18h/19h30 ☐
Mercredi 16h30/18h ☐
Samedi 11h15/12h45 ☐

13/16 ans
Mercredi 18h/20h ☐
Vendredi 18h/20h ☐

Adultes
Mardi 19h30/21h30 ☐

RENSEIGNEMENTS

NOM : ……PRENOM : ……

SEXE : H / F DATE DE NAISSANCE :……

ADRESSE :……
…
TEL PERE …… TEL MERE……

EMAIL ……@……

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre du droit à l'image, j'autorise mon enfant à être filmé à des fins strictement pédagogiques et à apparaître sur le site Internet « blocabrac.fr » ☐oui ☐ non

A……, le…… Signature

Autorisation pour venir chercher un enfant ou laisser rentrer seul

Les enfants mineurs ne peuvent être confiés qu'à des personnes en ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal.
Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant et un numéro de téléphone.

☐ Mr/Mme :…… TELEPHONE :……
☐ Mr/Mme :…… TELEPHONE :……

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de la séance.

Inscription cycles escalade 2023/2024

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

TRAITEMENTS

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux cycles escalade ? Oui ❑ non ❑

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHME : OUI ☐ NON ☐ ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐
MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
.....
P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑non ❑(joindre le protocole et toutes informations utiles)
.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.
.....
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑
DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
.....

Je soussigné(e), ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Joindre à ce document un certificat médical ou un questionnaire de santé.

Date : Signature :