



# Inscription cycles escalade 2023/2024

## CRENEAUX

### 3 ans

Mercredi 10h/10h45

### 6/8 ans

Mercredi 11h/12h

Mercredi 15h15/16h15

Samedi 10h/11h

### 10/12 ans

Mardi 18h/19h30

Mercredi 16h30/18h

Samedi 11h15/12h45

### 4/5 ans

Mercredi 14h15/15h

Samedi 10h/10h45

### 8/10 ans

Mardi 18h/19h30

Mercredi 11h/12h30

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 (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.

### 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 :