



Inscription cycles escalade

3 ans

- Mercredi 9h15-10h
 Mercredi 10h-10h45

4-5 ans

- Mardi 17h15-18h
 Mercredi 14h15-15h
 Vendredi 17h15-18h
 Samedi 10h-10h45

6-8 ans

- Mardi 17h15-18h15
 Mercredi 11h-12h
 Mercredi 15h15-16h15
 Vendredi 18h-19h
 Samedi 10h-11h

8-10 ans

- Mercredi 11h-12h30
 Samedi 11h15-12h45

- 8-12 ans Lundi 18h-19h30
 Mardi 18h-19h30

10-12 ans

- Mercredi 16h30-18h
 Samedi 11h15-12h45

Ados

- Mercredi 18h-20h
 Vendredi 18h-20h

Adultes

- Lundi 19h30-21h30
 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

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 :