



FICHE D'INSCRIPTION

CAMPS ados 2023

Coller ici la photo
de votre enfant

Cocher le camp souhaité :

- Camp à GUERLEDAN – du 10 au 13 juillet
- Camp au ROC SAINT ANDRE du 25 au 28 juillet

INFORMATIONS

Enfant :

Nom : Prénom : Né(e) le:/...../.....
 Adresse : Classe :

PARENT 1	PARENT 2
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable : _____	N° portable : _____
N° domicile : _____	N° domicile : _____
N° travail : _____	N° travail : _____
E-mail :	E-mail :
N° d'allocataire :	N° d'allocataire :
Quotient Familial :	Quotient familial :
<input type="checkbox"/> est le responsable légal de l'enfant	<input type="checkbox"/> est le responsable légal de l'enfant

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom / Prénom : N° téléphone : _____
 Nom / Prénom : N° téléphone : _____

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame/Monsieur responsable légal de l'enfant né(e) le / / autorise mon enfant à participer au camp (nom du camp)..... de la mairie de Noyal-Muzillac, qui aura lieu du.... / / au / /

Autorise la directrice du camp, à prendre toutes les initiatives nécessaires au cas où un problème de santé nécessiterait des soins d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales), étant entendu que je serais informé aussi vite que possible.

Autorise / n'autorise pas (*raier la mention inutile*) mon enfant à être photographié dans le cadre du camp pour être utilisé dans des supports de communication de la commune.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les termes.

Signature (avec la mention « Lu et approuvé») :

Fait à

Le :



INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant : Ville :
Téléphone :

Mise en place d'un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non
P.P.S. (Projet Personnalisé de Scolarisation) ? Oui Non

*Si oui, joindre
le protocole au
dossier*

Vaccin obligatoire : DT POLIO date du dernier rappel :
date du prochain rappel :

Pour faciliter la prise en charge de votre enfant en cas de nécessité, nous vous invitons à joindre la copie des vaccins notés dans le carnet de santé.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

- Angine Oui Non Commentaires :
- Coqueluche Oui Non Commentaires :
- Oreillons Oui Non Commentaires :
- Otite Oui Non Commentaires :
- Rougeole Oui Non Commentaires :
- Rubéole Oui Non Commentaires :
- Scarlatine Oui Non Commentaires :
- Varicelle Oui Non Commentaires :
- Rhumatisme articulaire aigu Oui Non Commentaires :

Votre enfant a-t-il des allergies ? :

- Alimentaires Oui Non
- Asthme Oui Non
- Médicaments Oui Non
- Autres Oui Non

Votre enfant suit-il un régime particulier ? (sans porc, végétarien...)

Oui Non

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation...*) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et/ou éventuels soins à apporter ?

.....
.....
.....

Ce que vous souhaitez nous signaler concernant votre enfant (*comportement, habitudes, port de lunettes, observations particulières...*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....