

DOSSIER D'INSCRIPTION

2022/2023

Adhésion
annuelle :

L'Enfant

garçon fille

Nom et prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse complète :

.....

Le Responsable légal

Responsable 1 :

N° tel: N° tel (pro):

Adresse mail :

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Montant quotient :

Responsable 2 :

N° tel: N° tel (pro):

Adresse mail :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Tél :

AUTORISATIONS

1° J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités.

2° J'autorise la commune du Bono à filmer, à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images, exclusivement sur des supports de communications et d'informations.

Remplir la fiche sanitaire de liaison ci-jointe

Je soussigné(e).....

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- M'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant la situation familiale ou problème de santé de l'enfant.
- Certifie que mon enfant est apte physiquement à pratiquer toutes les activités sportives pour lesquelles il est inscrit.
- M'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit.

Fait à Le

Signature



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

COOedel'Action socialee1 fa111ille:S

N° 10008°01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM ----- <

PRENOM ----- 1

OA.TE DE NAISSANCE: _____,

GAR(:ON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE DEVRA VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENOUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, TES. Rows include Ophiéris, Tetanus, Coqueluche, Polio, etc.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? oui non

Si oui joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'enveloppe d'origine au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

Table with 5 columns: RUB/OLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE. Rows include Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons.

ALLERGIES: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES..

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé avec pour seule utilisation la gestion des dossiers usagers en lien avec les activités enfance-jeunesse de la commune. Les données collectées sont traitées par les services municipaux habilités et conservées dans le cadre d'une durée réglementaire. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune : dpo@lebono.fr. Si vous estimez, après avoir contactés la commune, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.