Ski club Vallée de la Blanche
la liberne
04140 selonnet.
Tél : 06 08 88 36 70
usbseyneblanche@yahoo.fr

Ski club Vallée de la Blanche
Saison 2016/2017

RESPECT DU DROIT A L'IMAGE.

Votre enfant peut apparaître sur des documents photographiques lors d'activités au sein du ski club (site Internet, diaporama…) Nous accordons la plus grande attention afin qu'aucune photo ne puisse porter préjudice ni à la dignité de l'enfant ni à celle des parents à travers lui.
L'utilisation de l'image de votre enfant reste soumise à votre autorisation, votre accord est donc nécessaire.
Merci donc de signer et nous retourner l'autorisation ci-dessous.

Nous, soussignés Mr et Mme déclarons autoriser l'utilisation de photo de notre enfant par le ski-club vallée de la Blanche.

Fait le à
Signature :

AUTORISATION POUR LE TRANSPORT.

Votre enfant peut être amené à être transporté dans le minibus du club par d'autres personnes que les entraîneurs (parents…), cet état de fait reste soumis à votre autorisation. Nous vous demandons donc de bien vouloir signer et nous retourner l'autorisation ci-dessous.

Nous, soussignés Mr et Mme déclarons autoriser le transport de notre enfant par d'autres personnes que les entraîneurs du ski-club de la vallée de la Blanche.

Fait le à
Signature :

Ski club Vallée de la Blanche
la liberne
04140 selonnet.
Tél : 06 08 88 36 70
usbseyneblanche@yahoo.fr

Fiche Inscription Saison 2016/2017
Ski club Vallée de la Blanche

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphones

Domicile :

Portable :

Mail (impératif) :

A joindre obligatoirement avec le règlement.

- Un certificat médical d'aptitude à la pratique du ski.
- La fiche sanitaire.
- Les autorisations transport et droit à l'image
- et cette fiche d'inscription.

Contacts :

Jean Noel Tron : 06.08.88.36.70
Lionel Haud: 06.80 26 24 00
Claire Piolle : 06.07.63.01.75

Fait le ,

Signature

SKI CLUB VALLE DE LA BLANCHE

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil : Dates du séjour :

☐ séjour de vacances
☐ accueil de loisirs
☐ séjour dans une famille

Adresse :

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (*préciser*)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

.....

DDJS 52 - mars 03