



94^{ème} Unité LC "Les Scouts"

FICHE D'INSCRIPTION 2017-2018



Veillez remplir ce document le plus lisiblement possible et le remettre
uniquement à l'un des membres du staff d'Unité

Guides et Scouts Saint-Augustin - FOREST ALTITUDE 100

Participant:

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Section : Baladin Lutin Louveteau Guide Scout Pionnier Animateur

Personne responsable : (père mère tuteur)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité:

Tél privé :

GSM Papa :

GSM Maman :

e-mail :

En cas d'urgence, prévenir :

Nom, adresse : Tél :

Nom, adresse : Tél :

AUTORISATION DE RETOUR A LA MAISON

autorise mon enfant à rentrer seul n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

à la maison en fin de réunion scout. Je prends bonne note que les animés ne peuvent en aucun cas quitter la cour de l'école avant le rassemblement final pour des raisons évidentes de sécurité.

DROIT A L'IMAGE

autorise l'Unité LC 94 Saint Augustin refuse à l'Unité LC 94 Saint Augustin

d'utiliser dans le cadre du site Internet, bahut, reportages, des photos de mon enfant prises au cours des activités scouts 2016-2017.

Je suis le responsable légal des personnes mentionnées ci-dessus et je les inscris comme membre à la 94^{ème} LC "Les Scouts" - Guides et Scouts de Saint-Augustin. Je m'engage à payer avant le **15 octobre 2017** la totalité des cotisations dues. Je prends bonne note que le montant des cotisations inclus les primes d'assurance obligatoires. En cas de non-assurance par défaut de paiement, je dégage de toute responsabilité la 94^{ème} LC "Les Scouts" et ses animateurs.

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE



A compléter en lettres capitales avec précision **CHAQUE ANNEE** académique par les parents ou par un médecin.
N'oubliez pas d'apposer 2 vignettes dans les cadres appropriés

ATTENTION ! L'inscription définitive de votre enfant ne sera effective que lorsque ce document aura été dûment complété, signé et accompagné de ses 2 vignettes

Identité de l'enfant :

Adresse :
Code postal : Localité :
Tél privé :
GSM :
Bureau :
e-mail parents :
e-mail parents :

CADRE POUR VIGNETTE

Veillez placer dans ce cadre une première vignette mutuelle. Merci de ne coller que l'extrémité droite de la vignette

ZONE DE COLLAGE

CADRE POUR VIGNETTE

Veillez placer dans ce cadre une seconde vignette mutuelle. Merci de ne coller que l'extrémité droite de la vignette

ZONE DE COLLAGE

Médecin traitant :

Nom, adresse :
Tél :

L'enfant suit-il un régime particulier :

Sans porc végétarien Allergie(s) :
 Autre(s) :

L'enfant est-il atteint de (cochez la/les case(s) correspondante(s)) :

Diabète Asthme Epilepsie
 Somnambulisme Affection cardiaque Affection cutanée
 Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental
 Autre(s) : Fréquence et gravité :

L'enfant est-il (biffer la mention inutile) :

• Sensible aux refroidissements ? OUI - NON
• Vite fatigué ? OUI - NON
• Incontinent ? OUI - NON
• Allergique à des médicaments ? OUI - NON
Si oui, lesquels :
• Allergique à certains aliments, matières ? OUI - NON
Si oui, lesquels :
• Peut-il participer aux baignades ? OUI - NON
• Sait-il nager ? OUI - NON
• Votre enfant se lave-t-il tout seul ? OUI - NON
• Votre fille est-elle réglée ? OUI - NON
Observations :

Groupe sanguin:

• A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI - NON Date dernier rappel : / /
• A-t-il reçu le sérum antitétanique ? OUI - NON En quelle année:
• Date dernier test à la tuberculine et résultat : / /
• Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant ou opération(s) subie(s) :
.....
.....

Signature du responsable Date :

Espace réservé à l'unité