

FICHE DE RENSEIGNEMENTS mineur

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident.
(arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Ce document est confidentiel.



Office Intercommunal des Sports
Pays de Grand-Fougeray

PRATIQUANT

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____

École _____ Classe _____

Pour que le dossier d'inscription soit complet, il doit contenir :

- la **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** dûment remplie
- le **RÈGLEMENT DE LA COTISATION** pour l'activité

Si cas échéant :

- Pass Sport _____
- Certificat médical de non contre-indication

RESPONSABLES

RESPONSABLE 1

NOM _____

PRÉNOM _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

RESPONSABLE 2

NOM _____

PRÉNOM _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

ACTIVITÉ

Personnes autorisées à emmener/ramener le pratiquant

NOM & Prénom _____

Téléphone _____

Seules les personnes citées seront autorisées à ramener l'enfant après la séance.
En cas de rajout, exceptionnel ou récurrent, merci d'en informer par écrit l'association (mail, SMS, Spond)

- autorise le pratiquant (mineur) à **partir seul** du lieu de l'activité
- autorise l'éducateur et l'OIS à **diffuser des photos de l'enfant** dans le cadre de ses outils de communication et d'information.
- autorise l'enfant à **participer à l'activité** organisée par l'éducateur de l'OIS PGF.
(le pratiquant sera sous sa responsabilité uniquement pendant le déroulement de la séance)

Poids _____

 Traitement permanent

Taille _____

Vaccins

- Diphtérie
- Tétanos
- Polyomélite
- HIB
- Coqueluche
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Méningocoque C
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole

Maladies déjà eues

- Varicelle
- Otite
- Scarlatine
- Angine
- Rhumatisme articulaire aigu
- Coqueluche
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole

 Allergies

préciser causes et conduite à tenir

 Recommandations

(lunettes, appareils, comportement ...)

Nom de l'assuré _____

N° de Sécurité Sociale _____

 Caisse d'assurance maladie _____ Mutuelle et n° d'adhérent _____

Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur si votre police d'assurance couvre les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé durant les activités. Le cas échéant, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance extra scolaire

Je soussigné

, responsable légal du pratiquant, certifie :

 exact tous les renseignements portés sur cette **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant autorise l'OIS à **stocker toutes ces données** durant la période d'adhésion. (aucune de ces données ne sera communiquées à l'extérieur de la structure)
  que le pratiquant a répondu **NON** à toutes les questions formulaire de santé **CERFA n°15699*01**
  avoir lu et accepter la **CHARTRE DU PRATIQUANT DE L'OIS**, et s'engage à la respecter et la faire respecter.
 s'informer et informer via **Spond** des situations particulières liées à l'activité s'engager à fournir un **DOSSIER COMPLET D'INSCRIPTION**, dans un délai d'un mois après le début de l'activité. Auquel cas l'inscription pourra être rendue nulle par l'OIS.

FAIT À

LE

SIGNATURE