

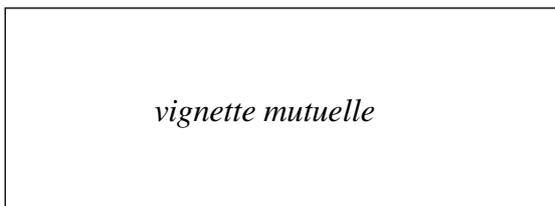


école fréquentée : .....

Âge : .....

### PARASCOLAIRE DE FOREST FICHE D'INSCRIPTION

Je soussigné .....  
représentant légal de l'enfant



N.N.

nouvelle adresse s'il échet

code postal

commune

L'inscrit à l'initiation : .....

Choix en cas d'annulation : .....

25 séances de 1h30	payées entre le 02/09 et le 11/10/2019		payées après le 11/10/2019	
	1 <sup>ère</sup> activité	2 <sup>ème</sup> activité	1 <sup>ère</sup> activité	2 <sup>ème</sup> activité
	70 €	50 €	115 €	85 €

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone privé : .....

GSM : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone privé : .....

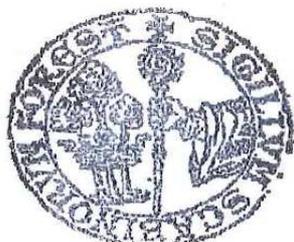
GSM : .....

**Je déclare :**

- avoir reçu les attestations fiscales et avoir été mis au courant qu'aucun duplicata ne sera délivré en cas de perte.
- avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur et en respecter les prescrits

Reçu la somme de ..... €

Signature,



Forest, le .....

Signature,

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Diarrhée			
Autres ...			

- A-t-il/elle eu une maladie ou subi une intervention grave ? OUI / NON Si oui, laquelle ?  
.....
- Est-il/elle allergique?  
- à des produits alimentaires? OUI / NON si oui, lesquels ? .....  
.....  
- à certains médicaments ? OUI/.NON si oui, lesquels ? .....  
.....  
- à d'autres choses ? OUI / NON si oui, lesquelles ? .....  
.....
- Porte-il/elle des lunettes? OUI / NON
- Porte-il/elle un appareil auditif? OUI / NON
- Souffre-t-il d'un handicap? OUI / NON si oui, lequel ? .....  
.....
- A-t-il été vacciné contre le tétanos (indispensable) ? OUI / NON
- Peut-il/elle participer à des activités sportives sans inconvénient, y compris baignades et jeux adaptés à son âge ? OUI / NON si non, lesquels ? .....  
.....
- Avez-vous des remarques utiles à formuler concernant sa santé ? .....  
.....  
.....

**NB : Si un médicament doit être administré durant la journée, joindre une attestation médicale précisant le nom du médicament, la posologie et la durée du traitement.**

Le .....  
Signature