



Année

2026/2027

FICHE D'INSCRIPTION

Vacances sportives

de 3 ans jusqu'à 17 ans

Cadre réservé à
l'administration

Dépôt du dossier :

.....

Traité par :

.....

Participants

NOM : PRÉNOM :

Établissement scolaire : Classe : Âge :

Né(e) le : à Sexe : M / F

INFORMATIONS POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS

TAILLE : cm POIDS : kg POINTURE : cm

Responsable(s) de l'enfant

Père ou beau-père

ADRESSE

CODE POSTAL.....VILLE.....

TÉL. TRAVAIL..... TÉL. FIXE ou PORTABLE

E-mail :

Mère ou belle-mère

ADRESSE

CODE POSTAL.....VILLE.....

TÉL. TRAVAIL..... TÉL. FIXE ou PORTABLE

E-mail :

Autre..... En Qualité de

ADRESSE

CODE POSTAL.....VILLE.....

TÉL. TRAVAIL..... TÉL. FIXE ou PORTABLE

E-mail :

Autorisations

- J'AUTORISE mon enfant âgé de 11 ans ou plus, à venir et quitter seul aux activités sportives proposées par le service des sports : ☐ oui ☐ non
- ADULTES AUTORISÉS À VENIR CHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité (autres que les responsables de l'enfant) :
 - Nom.....N° tél.....LIEN de parenté
 - Nom.....N° tél.....LIEN de parenté
- J'AUTORISE le service des sports à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités sportives et de les utiliser à des fins de communication (supports de communication de la ville). ☐ oui ☐ non
- J'AUTORISE le service des sports à faire appel aux secours en cas d'accident corporel. ☐ oui ☐ non



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

1 - VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTPolio :

Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour

2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'activité ?

€ Oui

€ Non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

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

Rougeole :	Rubéole :	Scarlatine :	Coqueluche :	Oreillons :	Varicelle :	Angine :	Otite :
€ oui	€ oui	€ oui	€ oui	€ oui	€ oui	€ oui	€ oui
€ non	€ non	€ non	€ non	€ non	€ non	€ non	€ non

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire,

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ?

Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

3 - ALLERGIES ET PAI

L'enfant a-t-il une allergie ?

€ Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle :

€ Alimentaire : si oui, précisez laquelle :

€ Asthme : si oui, précisez :

€ Autre : si oui précisez :

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

4 - PRISE EN CHARGE MDPH

Merci de préciser pour quelle raison votre enfant est pris en charge par la MDPH :

5 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

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

Le Signature