

DOSSIER D'INSCRIPTION

1. CAMP		
Nom du camp :		
Date du camp :		
2. PARTICIPANT		
Nom et prénom :		
Date de naissance :		
Nationalité :		
Adresse :		
3. RESPONSABLE/S LEGAL/AUX		
Noms et prénoms :		
Adresse :		
Tél. fixe :		
Tél. portable :		
E-mail :		
4. PERSONNE DE CONTACT DURANT LE CAMP (si autre que le/les responsable/s légal/aux)		
Lien avec l'enfant :		
Nom et prénom :		
Adresse :		
Tél. pro :		
Tél. portable :		
E-mail :		
5. ASSURANCES		
Nom assurance maladie :	N° police :	N° de la carte d'assurance :
Nom assurance accident :	N° police :	N° de la carte d'assurance :
Nom assurance RC :	N° police :	
6. SANTE		
Vaccination	<input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> polio <input type="checkbox"/> diphtérie-tétanos	<input type="checkbox"/> coqueluche <input type="checkbox"/> rougeole
Problème de santé et allergies		
Régime alimentaire spécial	<input type="checkbox"/> oui <i>Précisions :</i>	<input type="checkbox"/> non
Maladies antérieures		

Traitement médical en cours	Prise régulière de médicaments <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Raison du traitement : Nom du médicament : Posologie exacte :
Médecin traitant de l'enfant	Nom et Prénom : Adresse : Tél. :
Autres indications de santé (ex : sommambulisme, incontinence nocturne, saignement du nez etc.)	
7. DROIT A L'IMAGE	
J'autorise LSA à prendre en photo mon enfant et à les utiliser sur ses supports de communication	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Ce dossier d'inscription rempli et signé doit être renvoyé par courrier avec la copie de l'attestation d'assurance RC, de la carte d'assurance maladie, de la carte d'assurance accident ou attestation d'assurance, de la carte d'identité et de la copie du carnet de santé.

Par ma signature, je reconnais avoir pris connaissance du règlement relatif au camp de vacances de mon enfant, et à en accepter les termes.

Date et lieu :

Nom et prénom du responsable légal :

Signature du responsable légal :