



Inscrit

Nom :

Prénom :

Réservation du stage de :

..... Du/...../..... Au/...../.....

..... Du/...../..... Au/...../.....

..... Du/...../..... Au/...../.....

Contre-indication(s)

.....

Assurance

Assureur :

N° de Contrat :

Date de validité :/...../..... Au/...../.....

Maladie(s)

.....

Autorisation(s) de l'inscrit

Photo, Film

Droit à l'image

Baignade

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités

Intervention médicale ou chirurgicale

Médecin et Hospitalisation

Nom :

☎ :/...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) :

| Vaccins | Date de la dernière vaccination | Autres vaccins | Date de la dernière vaccination |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTP/DTCP/DTCPhi |/...../..... | <input type="checkbox"/> |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> BCG |/...../..... | <input type="checkbox"/> |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> ROR |/...../..... | <input type="checkbox"/> |/...../..... |

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit

| Nom-Prénom : | Liens : (père, ami, tante...) | ☎ Domicile | ☎ Portable |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

| Nom-Prénom : | Liens : (père, ami, tante...) | ☎ Domicile | ☎ Portable |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |
| | |/...../...../...../..... |/...../...../...../..... |

☎ Pour des raisons climatiques ou sanitaires, l'équipe des éducateurs de la Base de Loisirs se laisse la possibilité de modifier le programme des stages.

- Je soussigné(e) :
- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
 - Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
 - M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification. (*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*)
 - M'engage à payer la ou les factures concernant l'inscrit avant la date indiquée.
 - M'engage à respecter le règlement intérieur.

Signature

Date :/...../.....

Pièces à fournir

Test d'aisance aquatique

Certificat médical de non contre indication à la pratique des activités nautique

La somme de€ correspondant au prix du stage. (chèque, espèces, ANCV, BTL)

Date du règlement :/...../.....

Remarques :