



FICHE D'INSCRIPTION

Nom du stage :

Vacances de :

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe F M Date de naissance : _____

Indiquer les difficultés de santé et traitement en cours : _____

Recommandations des parents : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

PARENTS

Adresse mail principale pour contact : _____

NOM du père : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : port. _____ domicile _____ travail _____

NOM de la mère : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : port. _____ domicile _____ travail _____

Autres personnes à prévenir dans le cas où les parents sont injoignables :

Nom : _____ Téléphone : _____

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e) monsieur, madame _____ autorise le ou la responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant _____.

Fait à St Médard en Jalles, le

Signature des parents