



Retrouvez les actualités du club sur www.la-mos.com

INSCRIPTION STAGE VACANCES

J'autorise mon enfant :

Nom : Prénom :

Adresse mail : N° tel :

Adresse :

A participer au stage :

Semaine 1 (29/04 au 03/05)

J'autorise la MOS à diffuser les images prises par le club pendant le stage.

J'autorise les responsables de la MOS et les éducateurs à véhiculer mon enfant pour se rendre à une activité extérieure.

J'autorise les responsables de la MOS et les éducateurs à prendre toutes les dispositions en cas de maladie ou d'accident.

Informations complémentaires :

- Il faut fournir une photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

- L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

Nom et tel du médecin traitant : Soussigné(e) M. Ou Mme :

..... Responsable légal de l'enfant déclare exactes les informations précédentes.

SIGNATURE :

- Le repas n'est pas fourni et le club fournira le goûter.

Affaire à prévoir :

- Tenue pour la journée
- Tenue de football
- Baskets pour futsal
- Maillot de bain, bonnet de bain
- Période de froid (manteau, gants, bonnets, etc.)

Horaires :

- 8h30/9h jusqu'à 17h/17h30

Lieu :

Foyer (accès par le porte au fond dans la tribune) au Stade Joseph Détéville

SUIVEZ NOUS

