



FICHE D'INSCRIPTION 2014-2015

UNITÉ ST REMY DE ROSÉE (TH002) - LES SCOUTS

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le / /

Adresse :

SECTION : Troupe (né entre 1998 et 2002) Meute (2003-2006) Ribambelle (2007-2008-2009*)

COORDONNÉES DE LA MAMAN

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : GSM :

Adresse em@il :

COORDONNÉES DU PAPA (si nécessaire)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : GSM :

Adresse em@il :

REMARQUES ÉVENTUELLES (garde alternée, envoi du journal, des infos, etc.)

.....
.....
.....

Je m'engage à payer la cotisation sur le compte de l'unité dans les meilleurs délais (voir Braises n°66).

SIGNATURE D'UN (OU DES) PARENT(S) OU TUTEUR

* à partir de janvier 2015 si l'enfant a 6 ans avant le 21 juillet

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Emplacement pour une vignette de
mutuelle :
Coller ici

Emplacement pour une vignette de
mutuelle :
Coller ici

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom - Adresse : Tél : /

Nom - Adresse : Tél : /

MÉDECIN TRAITANT

Nom - Adresse : Tél : /

INFORMATIONS MÉDICALES CONFIDENTIELLES

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète Asthme Épilepsie Somnambulisme Affection cardiaque
- Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental

Fréquence et gravité :

Est-il sensible aux refroidissements ?	Oui	Non
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non
Est-il incontinent ?	Oui	Non
A-t-il un régime alimentaire ?	Oui	Non
Peut-il participer aux activités sportives ?	Oui	Non
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non
Sait-il nager ?	Oui	Non
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non
Si oui, lesquels ?		

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?	Oui	Non
Si oui, lesquels :		
A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
(Date du dernier rappel) :		
A-t-il reçu du sérum antitétanique ?	Oui	Non
(en quelle année).....		

Date du dernier test à la tuberculine et résultat :

Date : / /

Signature :