



2ème Thiérache

# FICHE D'INSCRIPTION

UNITÉ ST REMY DE ROSÉE (TH002) - LES SCOUTS

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....

**SECTION :** Troupe  Meute  Ribambelle   
 (né entre 1999 et 2003) (2004-2007) (2008-2009-2010\*)

## COORDONNÉES DU PAPA

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... GSM : .....

Adresse [em@il](mailto:em@il) : .....

## COORDONNÉES DE LA MAMAN (si nécessaire)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... GSM : .....

Adresse [em@il](mailto: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°69).

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

\* à partir de janvier 2016 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 :