# FICHE D’INSCRIPTION VACANCES A THEMES

**Année 2017-2018**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

- Nom :………………………………….. Prénom :………………………………….

- Profession:………………………………………..

- Adresse :…………………………………………………………………...........................

Code postal : …………………………………Ville………………………………….............

Tel.portable :…………………….............Tel.professionnel :….…….………………,…………Tel en cas d’urgence. :………………………………………………..

Mail:../…/…/…/…/…/.../…/…/…/…/…/…/…/.../…/…/…/…/…/…/…/…/../…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/

**ENFANTS**

Enfant 1 : Nom :………………………………….. Prénom :……………………………..

- Date de naissance :……………………………… Age………

Enfant 2 : Nom :………………………………….. Prénom :……………………………..

- Date de naissance :……………………………… Age………

Enfant 3 : Nom :………………………………….. Prénom :……………………………..

- Date de naissance :……………………………… Age………

**VACANCES A THEMES**

Période :

***Cochez la case correspondante***

Toussaint  Noël  Hiver  Pâques Eté

Formule :

Semaine  Journée  Demi-journée *(précisez les dates des demi-journées)*

Avec repas sans repas

Dates : ……………………………………

Thème choisi :……………………………

Heure d’arrivée…………………………...

Heure de départ…………………………...

Avec qui l’enfant doit-il repartir ?………………………………………..............................

Règlement par CB sur le site  ***Date du paiement***…………………………………….

Coupons sport ou chèques vacances ANCV  ***Date du paiement*** …………………………

Espèces ***Date du paiement*** …………………………

Chèques (indiquer les montants)

* 1er chèque :………………………..
* 2ème chèque………………………..
* 3ème chèque ……………………….
* Soit un total de……………………. ***Date du paiement*** …………………………….

### Promo (précisez la nature de la promo):

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Allergies :**

ASTHME     ALIMENTAIRES   AUTRES

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération,   
rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…précisez.  
........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*Je soussigné* ………………………….………………………………………… *responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’éducateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**Droit à l’image – Demande d’autorisation Parentale**

J’autorise mon enfant : ……………………………………………. à être photographié, filmé dans le cadre des activités pédagogiques des Vacances à thèmes ou de l’Ecole Multi-Sports de l’association **Sport-Famille-Plaisir**.

J’autorise **SFP** à diffuser les photos / vidéos sur le site et la page facebook de l’association.

Nom :

Date et signature des Parents :