



Inscription aux activités de scoutisme ICHTHUS



Septembre 2019 à août 2020
à Plachy-Buyon et aux lieux de camps

1. MINEUR SCOUT

Titre : M Mme
Nom / Prénom :
né(e) le :
Adresse :
Mail / portable : /
N° Sécurité social : _ _ _ _ _ | _ _

Photocopies déposées :

- Vaccins
- Sécurité Social
- Mutuelle

- Chemise remise
- Bêret remis

2. RESPONSABLES DU MINEUR

Parent 1 M Mme
Nom / Prénom :
Adresse :
Portable : _ _ _ _ _
Adresse mail :
N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ | _ _

Parent 2 M Mme
Prénom :
Adresse :
Portable : _ _ _ _ _
Adresse mail :
_ _ _ _ _ | _ _

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transport, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Nous autorisons ICHTHUS à utiliser des photos de groupe avec notre enfant pour ses imprimés et internet. Les déplacements se font en transports publics ou par voitures privées.

Date : Signature :

Veillez joindre une photocopie de la carte de **Sécurité Sociale** et de la **mutuelle** dont dépend le mineur.

3. VACCINATIONS

Joindre obligatoirement la photocopie des pages vaccination du carnet de santé.

Vaccins obligatoires :

- ✓ diphtérie, tétanos, poliomyélite

Vaccins obligatoires pour les enfants nés depuis le 01 janvier 2018 :

- ✓ diphtérie, tétanos, poliomyélite, haemophilus influenzae B, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons rubéole, méningocoque C, pneumocoque

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (*cochez si 'oui'*)

- Rubéole
- Varicelle
- Angine
- Rhumatisme articulaire aigu
- Scarlatine
- Coqueluche

- Otite
- Rougeole
- Oreillons
-

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*)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....

.....

.....

.....