

# Inscription Activités Jeunes/Ados CAF Toulouse: Ecoles Escalade et Aventure

## Fiche Inscription 2016-2017

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhésion CAF : \_\_\_\_\_

Nom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Tél parents dom : \_\_\_\_\_ Tél. parents bur. : \_\_\_\_\_ Tél. mobile : \_\_\_\_\_

E mails : \_\_\_\_\_

Je souhaite m'inscrire aux activités de type "Ados" proposées par le CAF de Toulouse, et en accepte le déroulement selon l'organisation et conditions mises en place par le responsable et l'encadrement.

**\*Inscription Cours / Ecole Escalade Mercredi AM: Oui / Non** (Si oui, fournir 3 chèques de 80 E, ordre CAF Tlse Ados)  
A Toulouse, le \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Nom et prénom du jeune)

Signature : \_\_\_\_\_

## Autorisation parentale - autorisation parentale à remplir obligatoirement.

Je soussigné Mr, Mme \_\_\_\_\_  
légalement responsable du mineur ci dessous nommé,

autorise mon fils/ma fille à participer aux activités dites de types "ados" organisées par le Club Alpin Français de Toulouse figurant au programme du club:

- Ecole Escalade
- et Ecole Aventure, soit escalade, alpinisme, randonnée, canyoning, ski alpinisme ou autres.

Ces activités se déroulent sur des 1/2 journées, week ends, voire stage de plusieurs jours.

Le transport est assuré généralement par les voitures personnelles des encadrants (diplômés fédéraux).

J'autorise le responsable de l'activité / du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise la F.F.C.A.M, dont le CAF Toulouse, à utiliser librement les images/photos prises à l'occasion et sur lesquelles figure mon fils/ma fille..

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### Personne(s) à prévenir en cas de nécessité pendant la durée du séjour :

## Certificat médical :

A remplir obligatoirement par un médecin

Je soussigné Docteur (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

certifie que : (nom, prénom) \_\_\_\_\_

est apte à la pratique des sports de montagne.

Cachet : Signature

## INFORMATIONS SANITAIRES

Nous reconnaissons avoirs fourni au club un certificat médical de non contre-indication à la pratique des sports de montagne

Date :

Signature du/des parents

Nom du mineur :

Prénom du mineur :

Date de naissance :

Adresse :

garçon     fille

**Groupe sanguin :**

**N° SS :**

(fournir copie du document si groupe connu)

(de l'enfant, ou de l'adulte auquel il est rattaché)

### ALLERGIES CONNUES

- asthme  
 alimentaire  
 médicamenteuse  
 autre : .....

Conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

### VACCINS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole oreillons rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou DT Tétracoq				Autres : .....	

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Varicelle		
Angine			Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine			Coqueluche		
Otite			Rougeole		
Oreillons					

### MALADIES OU TROUBLES CONNUS (et conduite à tenir)

### TRAITEMENTS DE LONGUE DUREE ET FREQUENCE DES PRISES (nous signaler toute modification en cours d'année)

### AUTRE PROBLEME MEDICAL (qu'il vous semble important de signaler)

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...)

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :