

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 ½ 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) :