

## Fiche d'inscription aux activités JuNa (Projet Mamer)

### Coordonnées du participant :

Prénom: ..... Nom : .....  
Matricule : .....  
Adresse: No..... rue : .....  
Code postal : ..... Localité : .....  
E-Mail : ..... Tél. / GSM : .....

### Personnes à contacter en cas d'urgence

1. Nom: .....  
Adresse: .....  
Lien de parenté : .....  
E-Mail: ..... Tél. / GSM .....  
2. Nom: .....  
Adresse: .....  
Lien de parenté : .....  
E-Mail: ..... Tél. / GSM .....

### Informations concernant la santé du participant

Le participant peut-il participer à toutes les activités proposées? (jeux de plein air, natation, escalade,...)

OUI  NON  Raisons d'une éventuelle non-participation .....

Y a-t-il des **données médicales spécifiques importantes** à connaître pour le bon déroulement de l'activité? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

Est-ce que le participant a du subir **des maladies ou interventions chirurgicales** qui influencent son état de santé (+ années respectives) ? .....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le **tétanos**? OUI  NON

Date du dernier rappel: .....

Le participant est-il **allergique** à certaines substances, aliments ou médicaments,..?

NON  OUI  Lesquels? .....  
Quelles en sont les conséquences? .....

Le participant doit-il prendre des **médicaments**? OUI  NON

nom du médicament	quantité / dosage	heure de la prise

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments? OUI  NON

Est-il porteur de lunettes, d'un appareil auditif, ..?: OUI  ..... NON

**Autres renseignements** concernant le participant, qui sont importantes pour la participation aux activités:.....

.....  
.....

**J'autorise que des photos ou autre matériel photographique pris lors des activités soient publiés par Sicona**

OUI  NON

**Merci de lire attentivement les déclarations suivantes:**

*A défaut de pouvoir être contacté personnellement, j'autorise le médecin à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale.*

*Les animateurs assurent un maximum de sécurité pour les participants. Néanmoins, lors des activités la manipulation de canifs, l'allumage de feu, le déplacement en terrain vague, etc. font qu'un risque de blessures moindres, des morsures de tiques, des coups de soleils, etc. ne peuvent pas toujours être évités. En signant ce document je déclare que j'ai pris connaissance de ces risques.*

*Les participants sont priés de s'habiller pour des activités en plein air (vieux vêtements, imperméable, souliers solides) et de ne pas amener des objets de valeur. L'organisateur décline toute responsabilité en cas d'endommagement ou de perte d'appareils électroniques tels que portables, appareil photo, etc....*

*Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités.*

*En cas de changements au cours de l'année veuillez en informer l'animateur responsable.*

**Nom:** .....

**Date et signature:** .....

**Merci de joindre:**

- une photocopie de la carte de sécurité sociale
- une photocopie de la carte de vaccination

*Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant en cas de nécessité. Elle sera utile pour l'animateur ou le personnel soignant en cas de besoin. Les données médicales sont confidentielles et ne peuvent être divulguées qu'au médecin ou au personnel soignant consulté.*