

Fiche d'inscription au Stage Gospel Kids

Du lundi 22 au vendredi 26 avril 2024

Centre Martin Bucer à HautePierre (7, rue Gioberti) - Accueil à 9h - Fin à 17h

Stage de préparation au Concert du Zénith (le 26 mai 2024)

L'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Taille de tee-shirt :

5/6 ans 7/8 ans 9/11 ans 12/14 ans S M L XL

Les parents

Mère de l'enfant

Nom : Prénom :

N° de portable :

Adresse mail :

N° de police d'assurance :

Père de l'enfant

Nom : Prénom :

N° de portable :

Adresse mail :

Santé

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier ou un régime alimentaire spécifique ? oui non

Si oui, lequel ?

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, autorise l'association Gospel Kids à prendre en cas d'accident toutes les mesures nécessaires y compris éventuellement l'hospitalisation. Mais, toute intervention chirurgicale ne pourrait être autorisée que par la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant.

Droits de reproduction et de diffusion

Les représentants légaux autorisent l'Association Gospel Kids à utiliser, à titre gratuit, l'image et la voix de leur enfant, reproduites sur les photographies et vidéos réalisées au cours des concerts, manifestations, enregistrements et répétitions. Les images et les enregistrements de voix réalisées dans ce cadre pourront être exploitées (reproduction, diffusion) sans limite de durée, dans les conditions suivantes :

- concernant l'image : sur support papier, CD-Rom, Dvd, clé usb, internet, réseaux sociaux, affiches, plaquettes et flyers
- concernant la voix : sur CD-Rom, Dvd, clé usb, internet et réseaux sociaux

Votre signature en bas de page vaut pour accord.

Païement

Le montant pour le stage s'élève à 100 euros par enfant.

Fait à : Le :

Païement : par chèque en espèces

Signature des parents :



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Enfant

Date de naissance :/...../.....

Fille Garçon

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil

Accueil de loisirs - Stage

Dates du séjour :
Du 22/04 au 26/04/2024

Adresse : Centre Martin Bucer
7 rue Gioberti
67200 STRASBOURG

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.
Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).
Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies :

médicamenteuses oui non
asthme oui non
alimentaires oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?

4. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille :

Coordonnées de l'organisateur : Association Gospel Kids - **06.09.45.34.15**

Lieu du stage : **Centre Martin Bucer - 7 rue Gioberti - 67200 STRASBOURG**

Observations : *En cas d'absence, merci de nous contacter au numéro ci-dessus. Les repas de 12h sont des repas tirés du sac. L'association Gospel Kids se chargera des goûters du matin et de l'après-midi.*