

Fiche d'inscription

(Fiche téléchargeable sur www.peche-ariège.com)

L'enfant :

Nom : _____ - Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____

Garçon

Fille

Entourer la ou les dates désirée(s)

27/02 Bateau	01/03 Bateau	02/03 Bateau	10/03 Toc	24/03 Truite	07/04 Toc	17/04 L.légé	19/04 Toc	20/04 Truite	24/04 Bateau	25/04 Toc	26/04 L.légé	27/04 Eau vive
05/05 Bateau	12/05 Bateau	12/05 L.légé	16/06 Barcoup	10/07 Barcoup	10/07 Mouche	12/07 C.bord	13/07 Truite	17/07 Feeder	18/07 Float	19/07 Eau vive	20/07 Ca/Fe	25/07 Feeder
26/07 27/07 Nuit	31/07 Eau vive	01/08 Feeder	02/08 Mouche	02/08 L.légé	03/08 L.légé	03/08 Feeder	07/08 Feeder	09/08 Bateau	10/08 Float	14/08 Mouche	16/08 Eau vive	17/08 Ca/Fe
28/08 Float	30/08 Feeder	31/08 C.bord	22/09 Barcoup	22/09 C.bord	06/10 Bateau	06/10 Float	23/10 Float	24/10 Ca/Fe	25/10 Bateau	30/10 Feeder	30/10 Bateau	31/10 Float
31/10 Feeder	02/11 Float	17/11 Bateau	24/11 Bateau	01/12 Bateau	08/12 Bateau	15/12 Bateau						

2 jours

Animations limitées à une inscription par personne

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ - Portable : _____

E-mail : _____

J'atteste sur l'honneur que l'enfant est apte à nager : OUI NON

Si "NON", je considère que l'enfant peut quand même participer à l'activité.

Nom et TEL. du médecin traitant de l'enfant (facultatif) : _____

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant).

VACINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

