



DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 2025/2026

Nom :

Date de naissance :

Catégorie : U

E-mail père :

E-mail mère :

Téléphone père :

Prénom :

Lieu de naissance :

mère :

Autorisation Droit à l'image

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue du promouvoir nos activités.

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(père / mère) autorise le club de l'US CHATENOIS à utiliser l'image ou la photo de mon enfant pour promouvoir ses activités, actions publicitaires ou promotionnelles.

☐ **oui**

☐ **non**

signature

Règlement intérieur

Je soussigné (père / mère) certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club disponible sur les tableaux d'affichage du complexe sportif ainsi que de la charte des parents ci-jointe.

Signature

Conformité RGPD, traitement des données personnelles.

L'US CHATENOIS traite les données recueillies pour la saisie des licences et des assurances.

Les informations recueillies dans le questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par L'USC.

Seules les données marquées par un astérisque dans le questionnaire sont facultatives, toutes les autres données doivent être renseignées.

Dans le cas contraire, la licence et l'assurance ne pourront pas être créées. Vous ne pourrez donc pas vous inscrire et pratiquer une activité dans notre association.

Elles sont conservées pendant une durée de 3 ans après votre départ de L'USC.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le secrétaire de L'USC.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS 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				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il **traitement** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre **ordonnance** récente et **médicament** correspondant (**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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION,
RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **PRÉCAUTIONS À** .)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT

NON ☐

OCCASIONNELLEMENT ☐

OUI ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON ☐

OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile _____ portable _____ travail _____

Père : _____ portable _____ travail _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

Partie à détacher et à conserver



PARENTS ET SUPPORTERS

