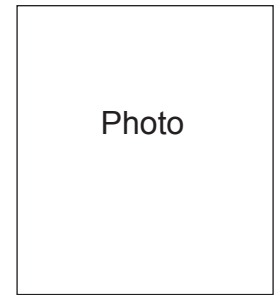


## FICHE D'INSCRIPTION

### ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Fille  Garçon



### COORDONNÉES FAMILIALES

Nom et prénom du responsable légal : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Adresse e-mail : .....

Profession de la mère : .....  
Téléphone travail : .....  
Profession du père : .....  
Téléphone travail : .....

### ASSURANCE

Numéro de sécurité sociale : .....  
Nom de l'assurance responsabilité civile : .....  
N° de contrat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

### DATES DES DERNIÈRES VACCINATIONS

D.T. Polio : .....  
BCG : .....  
Autres : .....

### CONTRE-INDICATIONS, ALLERGIES

.....  
.....

Je soussigné(e) : Nom ..... prénom .....  
agissant en qualité de père - mère - tuteur (*entourer la bonne mention*)  
déclare autoriser le médecin à pratiquer sur mon fils / ma fille (*entourer la bonne mention*)  
nom ..... prénom .....  
tout traitement, acte ou intervention reconnus médicalement nécessaire lors d'un accident survenu  
sous la responsabilité de la ville de Vedène.

Date et signature (*précédé de la mention "lu et approuvé"*)

---

Je soussigné(e) : Nom ..... prénom .....  
agissant en qualité de père - mère - tuteur (*entourer la bonne mention*)  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait le, ..... à .....

Signature (*précédé de la mention "lu et approuvé"*)