



# LES PETITS CHANTEURS DE NARBONNE

Centre St Pierre - 4A, rue Garibaldi

11100 Narbonne

Tel : 06.31.92.74.84

Mail : [petitschanteurs.narbonne@gmail.com](mailto:petitschanteurs.narbonne@gmail.com)

SIRET : 817 766 306 00010

# LES PETITES VOIX



Initiation musicale

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2019-2020

Nom	Prénom		Taille *	Né le	Etablissement	Montant
		<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille				195 €
		<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille				170 €
		<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille				150 €
<b>*Préciser la taille de vêtement de votre enfant pour la commande d'uniforme</b>						<b>TOTAL</b>

Responsable légal des enfants :

Nom: ..... Prénom: .....

Courriel 1 : ..... Tél. 1 : .....

Courriel 2 : ..... Tél. 2 : .....

Adresse: .....

Code postal: ..... commune: .....

### A joindre au bulletin d'inscription :

- ☐ Règlement de l'inscription (chèque à l'ordre de « Petits Chanteurs de Narbonne » encaissé fin septembre)
- ☐ Une fiche sanitaire de liaison par enfant
- ☐ L'attestation d'assurance en Responsabilité civile de chaque enfant
- ☐ **Location annuelle de l'uniforme** (chèque ou espèces) : 13€ (Petits Chanteurs) ; 5€ (Petites Voix)

Je, soussigné .....

- Autorisent leurs enfants à participer aux activités du chœur qui comprennent des répétitions, des stages, des sorties, la participation à des offices et à des concerts, des tournées ainsi que des activités de loisirs.

- Autorise l'association à utiliser dans ses supports de communication et médias des photographies, enregistrements et films avec mes enfants, réalisés lors des activités et ceci sans limitation de durée y compris suite au départ des enfants.

- Autorisent leurs enfants à participer à l'enregistrement de disques en vue de leurs distribution et vente au profit de l'association (ce qui contribue au financement de la formation musicale et des activités auxquelles participent les enfants) et renoncent à réclamer tout droit d'artiste.

- Autorise le transport de mes enfants dans des véhicules collectifs (bus) et personnels (autres parents, familles d'accueil, responsables de l'encadrement). Et autorise l'hébergement de mes enfants dans des hébergements collectifs (dortoirs, ...) et dans des familles d'accueil.

- Autorisent l'équipe d'encadrement (et les familles d'accueil en liaison avec l'équipe d'encadrement) à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de leurs enfants.

A ....., le .....

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Garçon ☐Fille ☐Séjour Dates  au 

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	oui	non	Dates
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
BCG							

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 un **traitement médical** pendant le séjour ?

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Otite			Rhumatisme articulaire		
Coqueluche			Angine			Oreillons		
Varicelle			Rougeole			Scarlatine		

ALLERGIES	oui	non
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

Autres allergies	

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

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

--

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

--

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse pendant le séjour	<input type="text"/>		
Complément d'adresse	<input type="text"/>		
	Code postal	<input type="text"/>	Ville
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tél. fixe domicile	<input type="text"/>		
Tél. portable M.	<input type="text"/>	Tél. fixe prof. M.	<input type="text"/>
Tél. portable Mme	<input type="text"/>	Tél. fixe prof. Mme	<input type="text"/>
Facultatif	Nom du médecin traitant	<input type="text"/>	Tél
			<input type="text"/>

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.

le

Signature

--

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

Association des Petits Chanteurs de Narbonne

#### OBSERVATIONS

--