



LES PETITS CHANTEURS DE NARBONNE

Centre St Pierre - 4A, rue Garibaldi

11100 Narbonne

Tel : 06.31.92.74.84

Mail : petitschanteurs.narbonne@gmail.com

SIRET : 817 766 306 00010

LES PETITES VOIX



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 €
*Préciser la taille de vêtement de votre enfant pour la commande d'uniforme						TOTAL

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



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N°
10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Garçon

Fille

Séjour Dates 01/09/18 au 31/07/19

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
Diphthérie				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire		
Oreillons		
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 : Prénom
Adresse pendant le séjour
Complément d'adresse
Code postal Ville
Tél. fixe domicile
Tél. portable M.
Tél. portable Mme Tél. fixe prof. M.
Tél. fixe prof. Mme
Facultatif Nom du médecin traitant Tél

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