Fiche d'inscription

Gallo-stages d'automne

(A COMPLETER EN MAJUSCULES SVP)

Je soussigné(e) (personne responsable) :
Domicilié(e) à :
Tél./GSM :

Inscrit l'enfant :
- Prénom :
- Nom :
- Date de naissance :
- Domicilié(e) à :
- E-mail de la personne responsable :

☐ Gallo-stage du 20 au 24 octobre 2025 - 90€/enfant (5 jours)
☐ Gallo-stage du 27 au 31 octobre - 90€/enfant (5 jours)

J'ai pris connaissance que Malagne est assuré en Responsabilité Civile, mais pas en assurance individuelle. En cas d'accident, c'est donc la mutuelle de l'enfant qui interviendra dans les frais de soins. Merci de cocher les cases ci-dessous :

☐ J'autorise la **diffusion de photographies** prises durant les Gallo-Stages, sur lesquelles peuvent apparaitre l'enfant, à des fins promotionnelles et/ou dans des publications.

☐ J'autorise **l'utilisation de mon adresse e-mail** pour l'envoi d'informations concernant les activités de Malagne – Archéoparc de Rochefort.

Vos données personnelles sont sécurisées et ne sont qu'un moyen de vous tenir informés de nos activités, elles ne seront jamais louées ou vendues.

☐ J'ai pris connaissance des Conditions générales de ventes et je confirme mon accord.

Date et signature

Questionnaire médical

PRÉNOM et NOM du participant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Coordonnées

- Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

3ème personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

- Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille : .....

Est-ce sa première participation à un stage de vacances ? ❒ Oui ❒ Non

Informations médicales

- Données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité :

❒ Epilepsie ❒ Asthme ❒ Diabète ❒ Affections cutanées ❒ Handicap moteur ou mental

❒ Troubles du comportement ❒ Autres : .....

Préciser la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir :

.....

- Quelles sont les maladies/les interventions médicales subies par le participant (appendicite...) ? En quelle année ? .....

- Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? ❒ Oui ❒ Non Si oui, à quelle date ? .....

- Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments, animaux, plantes ou médicaments ? Si oui, lesquels ? Quelles en sont les conséquences ? Comment réagir face à cela ?

.....

.....

- Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? .....

- Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ? Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants.)

.....

- Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (incontinence, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…)

.....

« Je déclare sur l'honneur que les informations reprises ci-dessus sont véridiques et complètes. Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le stage de mon enfant par le référent médical. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et/ou que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement. »

Date, nom et signature du parent/tuteur,