

Ce document n'est destiné que pour aider  
le responsable de groupe à saisir les informations en ligne

## AIDE À L'INSCRIPTION

### Adolescent

Nom : ..... Sexe :  Homme  Femme  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° de tel : ..... Autorisation photos ?  Non  Oui

### Parent

Nom : ..... N° de tel : .....  
Prénom : ..... Email : .....

### Renseignements médicaux

Date du BCG : ..... Date du DTP : .....  
Allergies :  Non  Oui Cause & Conduite à tenir : .....  
.....  
Traitement médical :  Non  Oui Nature\* : .....  
.....  
L'infirmière peut-elle donner du doliprane en cas de douleurs ?  Non  Oui  
Recommandations utiles : .....  
.....

\*Joindre une ordonnance avec les médicaments correspondants  
(boîtes dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'adolescent, avec la notice)

# MOOV PACA

6 av Jean JAURÈS, le Floriane – 83320 CARQUEIRANNE  
Association n°W134001058 régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901

## AUTORISATION PARENTALE

Séjour du ..... au ..... au **CVAAlpes**

Je soussigné(e) : .....

Agissant en qualité de **Père** **Mère** **Représentant légal**  
*(Rayez les mentions inutiles)*

de l'enfant : .....

- Je déclare exact les renseignements indiqués
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées durant le week-end
- J'ai lu et accepte les règles de vie
- J'autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant les dispositions nécessaires par un médecin : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale

Fait à : ..... le : .....

Signature :  
.....

