



**Dossier d'inscription « Farfadets » (6/8 ans)**

**A renvoyer complet à**

**Association des Guides et Scouts de Monaco  
19 avenue des Papalins  
MC 98 000 Monaco**

Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :		Classe :	
Adresse :			
	Code postal :		Ville :

	<b>Pièces à fournir</b>	<b>Observations</b>
<input type="checkbox"/>	La fiche d'inscription de l'enfant	Avec une photo d'identité récente
<input type="checkbox"/>	La fiche d'inscription du ou des parents qui souhaitent soutenir l'AGSM, s'impliquer dans sa vie associative et participer au dispositif de co-éducation	
<input type="checkbox"/>	Le règlement de la cotisation à l'ordre de l'AGSM (Rubrique « La cotisation » pour plus d'information)	Le montant de la cotisation est de 75 € par enfant. Elle inclut l'assurance des parents bénévoles qui participent aux activités
<input type="checkbox"/>	Le bon de commande de l'uniforme	En cas de commande, établir un règlement séparé pour l'uniforme
<input type="checkbox"/>	La fiche sanitaire de l'enfant	Compléter le recto et le verso et ne pas oublier de signer au dos de la feuille
<input type="checkbox"/>	Le formulaire médical complété et signé	A faire compléter et signer par le médecin traitant
<input type="checkbox"/>	La photocopie du carnet de vaccination	
<input type="checkbox"/>	La photocopie de la pièce d'identité de l'enfant	



## FICHE D'ADHESION MINEUR

LE MINEUR	
Nom :	<i>photo d'identité</i>
Prénom :	
Sexe :	
Date et lieu de naissance :     /     /                   à	
Nationalité :	
Religion :	
Etablissement scolaire :	
Classe :	
Situation familiale des parents :	
Adresse du domicile :	
Code postal :	Ville :
Coordonnées portable :	WhatsApp :    oui /    non
Coordonnées e-mail :	

LE PÈRE	LA MÈRE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse du domicile si différente du mineur :	Adresse du domicile si différente du mineur :
Code postal :                    Ville :	Code postal :                    Ville :
Profession :	Profession :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
WhatsApp :                    oui /    non	WhatsApp :                    oui /    non
<b>Les informations officielles et importantes de la Branche de votre enfant seront toujours transmises par email. Merci d'indiquer l'adresse ou les adresses e mail sur lesquelles vous souhaitez les recevoir.</b>	
e-mail :	e-mail :

AUTORISATIONS PARENTALES
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'AGSM couvertes par son assurance propre.
<input type="checkbox"/> Parmi les différentes activités, j'autorise mon enfant à participer aux week-ends campés et camps.
<input type="checkbox"/> J'autorise les responsables de branche à prendre le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, interventions chirurgicales, prise en charge par les pompiers, SAMU...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir pris connaissance auprès de l'Equipe Nationale des conditions d'organisation des activités de l'Association des Guides et Scouts de Monaco et je m'engage à amener mon enfant lors de toutes les réunions et week-ends.
<b>Droit à l'image:</b> Dans le cadre des activités de l'Association des Guides et Scouts de Monaco :
<input type="checkbox"/> J'autorise la diffusion d'images sur lesquelles apparaîtrait mon enfant.
<input type="checkbox"/> Je refuse que les images sur lesquelles apparaîtrait mon enfant soient diffusées.
Date et signature d'un représentant légal :
En application de l'article 14 de la Loi n) 1,165 (CCIN) du 23 décembre 1993, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.







*Association des Guides et Scouts de Monaco  
sous la Présidence d'Honneur de S.A.R. la Princesse de Hanovre*

## CERTIFICAT MÉDICAL

ANNEE 20 \_ \_/20\_ \_

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie que l'enfant .....ne présente pas de symptôme de maladie contagieuse ou d'incompatibilité à la vie en collectivité et est apte aux activités proposées par l'association.

Fait à..... Le .....

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN TRAITANT



*L'Arche – 19, Avenue des Papalins – MC 98000 Monaco  
Tél. : (+377) 93-30-98-36*

*Mail : [secretariat@guides-scouts-monaco.asso.mc](mailto:secretariat@guides-scouts-monaco.asso.mc) – Site Internet : [www.guides-scouts-monaco.asso.mc](http://www.guides-scouts-monaco.asso.mc)*



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TAILLE : ..... POIDS : .....

GARCON

FILLE

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. Les informations contenues dans cette fiche resteront confidentielles.

## VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	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.*

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

rubéole

varicelle

rougeole

otite

coqueluche

oreillons

angine

ALLERGIES : asthme : oui  non

médicamenteuses : oui  non

alimentaires : oui  non

autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....

Votre enfant a-t-il un protocole alimentaire particulier (Végétarien, végétalien, sans gluten, sans lactose...) Merci de préciser :

.....  
.....  
.....

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre *(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

T.S.V.P. 

## **RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

.....  
.....  
.....  
Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, ... Précisez.

.....  
.....  
.....  
L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    oui             non

Si oui, **joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (dans la boîte, avec notice et nom de l'enfant dessus)

L'enfant mouille-t-il son lit ?            non             occasionnellement             oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?    non             oui

Coordonnées du médecin traitant (nom, numéro de téléphone) .....

## **RESPONSABLES DE L'ENFANT**

Affiliation Sécurité sociale.....	N° de Sécurité sociale.....
-----------------------------------	-----------------------------

Mutuelle .....	N° de contrat .....
----------------	---------------------

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

Numéros de téléphone : Père : ..... mère : .....

autre : .....

Je, soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

---

### **A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES :**

ASSOCIATION DES GUIDES ET SCOUTS DE MONACO

Immeuble l'Arche

19, avenue des Papalins

98000 MONACO

**Observations :**

.....  
.....  
.....  
.....