

Inscription aux Mercredis après-midis loisirs de Neuchâtel

1^{er} semestre 2017

À compléter et à envoyer à :

Croix-Rouge suisse du canton de Neuchâtel
Secteur Enfance
Avenue du Premier-Mars 2a 2000 Neuchâtel
Tél : 032 886 88 65 Fax : 032 886 88 67
contact@croix-rouge-ne.ch www.croix-rouge-ne.ch

3^e enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

J'inscris mon enfant aux activités suivantes :

Date	Activités	3 ^e enfant oui / non
01 fév. 2017	Activité musicale	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
15 fév. 2017	Atelier bande dessinée	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
08 mars 2017	Lanterne Magique	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
22 mars 2017	Contes et dessins	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
19 avril 2017	Chasse au trésor – Château de Valangin	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
03 mai 2017	Visite de Canal Alpha	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
17 mai 2017	Atelier des musées	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
31 mai 2017	Minigolf	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
14 juin 2017	Activité surprise	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
28 juin 2017	Activité sportive	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Informations 3^e enfant

Assurance

Nom et adresse de l'assurance : _____

Maladie : _____ N° Police : _____

Accident : _____ N° Police : _____

Responsabilité civile (RC) : _____ N° Police : _____

Santé

Votre enfant a-t-il eu les maladies / les problèmes de santé suivant(e)s :

Maladie	oui / non	Maladie	oui / non
Rougeole	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Affection pulmonaire	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Affection cardiaque	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Affection rénale	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Appendicite	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hémorragies nasales	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		

Autres maladies, accidents ou interventions chirurgicales : _____

Vaccinations

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivant ? Si oui, merci d'indiquer la date à laquelle le vaccin a été fait.

Vaccin	oui / non, Date :
B.C.G.	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :
Polio	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :
Diphtérie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :
Coqueluche	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :
Tétanos (obligatoire)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :
Rougeole (fortement conseillé)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> :

Allergies et régimes

Votre enfant :	oui / non	
suit-il un régime particulier ?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ _____
est-il allergique ?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	A quoi ? _____ _____ _____

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :
