



Fiche d'inscription

Stage Poitiers 2019

Stagiaire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Catégorie basket saison 2019/2020 :

Coordonnées : Parents / tuteurs (joignables pendant le séjour)

Nom (mère / père / tuteur):			
Adresse			
Téléphones (Portable / domicile / Bureau)			

Encerclez la taille du tee-shirt souhaitée

12ans	S	M	L	XXL
-------	---	---	---	-----

Régime alimentaire particulier (porc, viande, poisson)

--

Cochez la case si vous souhaitez une attestation de paiement

☐

Remarques :

Le stagiaire sait-il nager : Oui Non

Moyen de transport (cochez) **IMPORTANT**

Aller	☐ Prendra le car à Cheymol
	☐ Se rendra par ses propres moyens sur place
Retour	☐ Prendra le car du retour
	☐ Sera repris en charge sur place

Renseignements en cas d'hospitalisation

N° Sécurité Sociale :	
Nom / adresse de la mutuelle si vous en avez une :	
Nom / adresse / téléphone du médecin traitant	

Merci de joindre une copie de votre attestation de natation

Agrafer à la fiche sanitaire, les copies du carnet de santé et éventuellement l'attestation de Mutuelle

Attention : votre dossier ne sera pas accepté si le règlement n'est pas joint à l'inscription

Je soussigné,
stagiaire demandeur, approuve et m'engage à respecter le règlement et participer activement au programme prévu.

Fait à le

Signature

Je soussigné,
 responsable légal de l'enfant
 après avoir pris connaissance des conditions et du règlement, demande l'inscription de mon enfant au Cos Basket Camp.

Fait à le

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐FILLE ☐DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ***Du Lundi 26 Août au Vendredi 30 Août 2019 au CREPS de Poitiers***

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.
(Agrafer **obligatoirement** les copies du carnet de santé et éventuellement attestation de mutuelle)

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	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

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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)

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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.

Date : Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....*COSavigny représenté par Pierre Jany*
..... *Mairie de Savigny 48, av. Charles de Gaulle*
..... *.91600 Savigny-sur-Orge*

OBSERVATIONS

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