



DOSSIER D'INSCRIPTION SPRING CAMP

Du 24 au 28 avril 2023 de 9h à 17h

(9h à 12h de baby à U11)

Gymnase Tommasi

Le dossier complet est à retourner complet

avant le 13 avril 2023

Par mail	A la permanence
par mail au bc.allaudien@gmail.com	le jeudi de 17h30 à 19h30
avec le règlement sur HELLO ASSO	ESPECES OU CHEQUE

DOCUMENTS À FOURNIR	<small>CASE À COCHER PAR LES PARENTS</small>	<small>CASE À COCHER PAR LE CLUB</small>
FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE		
FICHE SANITAIRE DE LIAISON		
REGLEMENT		
CERTIFICAT MEDICAL SI NON LICENCIÉ		
ATTESTATION D'ASSURANCE SI NON LICENCIÉ		



FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION

«SPRING CAMP»

Du 20 au 24 avril 2023 de 9h à 17h

(9h à 12h pour les catégories Baby/ U7/ U9/ U11)

Gymnase Tommasi

LE JOUEUR	LE RESPONSABLE LÉGAL
NOM : Prénom : Sexe :	NOM :
..... Date de Naissance :/...../.....	Prénom :
Adresse :	Sexe :
CP : Ville.....	Adresse :
N° Sécurité Sociale :
Mutuelle (Adresse et téléphone) :	CP :
.....	Ville.....
Licencié : <input type="checkbox"/> oui	Téléphone :
<input type="checkbox"/> non*
Catégorie :	e-mail :
Club actuel :	
Taille de TSHIRT :	
*Pour tous les nons licenciés une copie d'assurance extra scolaire vous sera demandée ainsi qu'un certificat medical.	

Je soussigné (e) :

1. Autorise mon enfant:..... à participer à toutes les activités proposées par Allauch Basket ball durant le stage.
2. ASSUME l'entière responsabilité dans le cas ou mon enfant quitterait le stage sans l'autorisation d'un responsable pour quelque motif que ce soit.
3. ATTESTE que mon enfant est apte médicalement (licencié ou le cas échéant je fourni un certificat médical et une attestation d'assurance).
4. AUTORISE les dirigeants du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale d'urgence.
5. AUTORISE la direction à utiliser les images (photos ou vidéos) prises lors du stage où figure mon enfant dans le cadre de la promotion future des stages ou pour faire découvrir par ce biais les activités réalisées aux familles sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

Fait à : le :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

STAGE CHOISI :

- Les 3 jours de stage**
(Lundi, Mardi et Mercredi)
- Les 5 jours de stage**
- Les 4 demi-journées**
(Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi)

MOYEN DE PAEMENT (cocher le mode choisi)

- ESPECES
- HELLO ASSO le :/.....au nom de.....
- CHEQUE (merci d'établir vos chèques à l'ordre suivant :
Basket club allaudien):
Banque : Numéro :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON 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.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
