



BULLETIN D'INSCRIPTION / STAGE D'ÉTÉ 2021 (BRIANÇON)

Du 04 au 17 juillet 2021

Bulletin d'inscription et fiche de liaison à retourner au club des Français Volants avant le 1^{er} JUIN 2021

INFORMATIONS PATINEURS

Tout participant doit être en possession de sa **licence 2021 - 2022**

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

Club : _____ Niveau : _____

Nom du responsable légal ou tuteur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel dom : _____ Bur: _____ Port : _____

Email : _____

TARIFS

1 SEMAINE		
GROUPES	INTERNE	EXTERNE
Loisir Pépinière Ballet	720€	380€
Compétition	780€	480€
2 SEMAINES		
GROUPES	INTERNE	EXTERNE
Loisir Pépinière Ballet	1340€	660€
Compétition	1460€	860€

Transport (Non compris dans le tarif)

FORMULE CHOISIE

SEMAINE 1 : du 04 au 10 juillet

INTERNE EXTERNE

SEMAINE 2 : du 11 au 17 juillet

INTERNE EXTERNE

SEMAINE 1 et 2 : du 04 au 17 juillet

INTERNE EXTERNE

Mon enfant arrivera :

en train en voiture (accueil à partir de 17h00)

Le stagiaire ou son représentant légal accepte l'application du règlement par la signature de la fiche d'inscription accompagnée de l'autorisation de décharge.

Signature des parents ou du responsable légal :



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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES
LIEU D'ACCUEIL PETITE ENFANCE
CENTRE DE LOISIRS - CENTRE DE VACANCES**

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par le Lieu d'Accueil Petite Enfance ou le Centre Social.

Je serai prévenu(e) au préalables des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le

Signature



Questionnaire santé lié à la reprise d'activité physique et sportive suite au confinement (Covid-19)

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Q1. Avez-vous été diagnostiqué·e positif·ve au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ? par test RT-PCR (prélèvement naso-pharyngé, oral ou bronchique) probablement, car j'ai eu un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs, perte de poids supérieure à 5 kg. Mon test RT-PCR était négatif, mais un médecin m'a confirmé le diagnostic. j'ai été hospitalisé·e		
Q2. Avez-vous été en contact avec une ou plusieurs personnes suspectes ou diagnostiquées positives au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ?		
Q3. Présentez-vous ce jour un ou des symptômes suivants (<i>Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs</i>) ?		
Q4. Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ?		
Q5. Pendant la période de confinement et à ce jour, avez-vous arrêté ou fortement réduit votre niveau d'activité physique habituel ?		
Q6. Suite au confinement, présentez-vous une prise de poids supérieure à 5 kg ?		
Q7. Avez-vous été affecté·e psychologiquement par la période de confinement et l'êtes-vous toujours (<i>Modification du sommeil, de l'humeur, diminution ou augmentation compulsive de la prise alimentaire, augmentation de la prise d'alcool ou de tabac</i>) ?		

➤ **NON à toutes les questions :**

Vous pouvez reprendre une activité physique et sportive encadrée.

➤ **OUI à une ou plusieurs questions de Q1 à Q4 :**

Consultez votre médecin avant toute reprise d'activité physique et sportive

➤ **OUI à une question de Q5 à Q7 :**

→ Reprise progressive en commençant par la pratique de la marche progressivement sur 4 à 6 semaines puis reprise de l'activité sportive, et ne consultez votre médecin qu'en cas d'apparition d'une symptomatologie anormale à l'effort ou au repos (douleur, essoufflement, palpitations...).

➤ **OUI à au moins deux questions de Q5 à Q7 :**

Une consultation médicale est recommandée avant toute reprise d'activité physique et sportive.