BULLETIN D'INSCRIPTION MINEURS- STAGE D'ÉTÉ 2023 À BRIANÇON

Du 6 au 19 août 2023

Bulletin d'inscription et fiche de liaison à retourner au club des Français Volants avant le 1er Juin 2023.

INFORMATION PATINEURS

Tout participant doit être en possession de sa licence 2023/2024.

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

Club : _____ Niveau : _____

Nom du responsable légal ou tuteur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel dom : _____ Bur : _____ Port : _____

Email : _____

Taille de vêtement : _____ Régime alimentaire particulier : _____

TARIFS

1 SEMAINE			2 SEMAINES		
GROUPE	INTERNE	EXTERNE	GROUPE	INTERNE	EXTERNE
LICENCIÉ(E)S AU FRANCAIS VOLANTS					
LOISIR PÉPINIÈRE BALLET	740€	390€	LOISIR PÉPINIÈRE BALLET	1360€	670€
COMPÉTITION	800€	490€	COMPÉTITION	1480€	870€
NON LICENCIÉ(E)S AU FRANCAIS VOLANTS					
LOISIR	790€	450€	LOISIR	1410€	730€
COMPÉTITION	850€	550€	COMPÉTITION	1530€	930€

Transport (non compris dans le tarif)

FORMULE CHOISIE

SEMAINE 1 : du dimanche 6 août au samedi 12 août 2023 I ☐ INTERNE ☐ EXTERNE

SEMAINE 2 : du dimanche 13 août au samedi 19 août 2023 I ☐ INTERNE ☐ EXTERNE

Le stagiaire arrivera : ☐ en train ☐ en voiture

Le 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 :

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

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

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
Diphtérie				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	**VARICELLE** oui ☐ non ☐	**ANGINE** oui ☐ non ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** 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.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____