STAGE DU LUNDI 19 OCTOBRE au VENDREDI 23 OCTOBRE 2020 de 08H30 à 17H00

# FICHE D'INSCRIPTION

*A compléter intégralement et à rendre impérativement avant le 09 octobre afin de commander les dotations (si cas contraire la pré-inscription sera annulée)*

***Participant :***

*Nom: …… Prénom : …… Né(e) le : …….*

*Adresse mail : ……*

*Téléphone: ……*

***Autorisation parentale :***

MR / MME ……tuteur légal de l'enfant ……

☐ Autorise mon enfant à partir seul ☐ N'autorise pas mon enfant à partir seul

Des photos de votre enfant pourraient être prises lors du stage et pourraient être utilisées pour nos outils de communication, si vous ne souhaitez pas que votre enfant apparaisse cochez cette case.

☐

Votre enfant a-t-il des allergies ou autre revendication médicale :

……
……
……

***TARIF : (le règlement du stage doit être fait avant le début stage)***

**Vous pouvez régler en chèque, espèce ,chèque vacances et possibilité de payer en 2 fois.*

☐ 100 euros forfait « handball, activité, et t-shirt » (entourez la taille de votre enfant)
116/ 128 / 140 / 152 / 164 / 176 / S / M /L /XL /XXL/ XXXL

☐ 120 euros forfait « handball, activité, t-shirt et sac à dos »

***Document à rendre :***

- Carnet de santé (page vaccins et allergies)
- Fiche sanitaire

***Informations :***

- Prévoir le pique-nique du midi
- Prévoir des chaussures de sport de salle et d'extérieur
- Prévoir une bouteille d'eau
- Prévoir une casquette et des habits de rechange

Fait à : …… Le :……

Signature :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 | | | | 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | |
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | 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)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....