



**SEJOUR A CENTER PARCS  
DU 21 AU 24 DECEMBRE**

## **FICHE D'INSCRIPTION**

- *A déposer à la piste ou à envoyer par mail au plus tard le 28 novembre 2015*

### **COORDONNEES DU STAGIAIRE:**

**NOM:**

**PRENOM:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**ADRESSE:**

**CP:**

**VILLE:**

**TEL:**

**PORT.:**

**MAIL:**

**PERSONNE A PREVENIR ET TEL:**

**A joindre un règlement de 200€ en chèque (ou 250€ si hors club).**

**Fait à :**

**le :**

**Signature**





## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

A participer au séjour organisé par le Bi Club Chapellois du 21 au 24 décembre 2015 à Center Parcs des Hauts de Bruyère.

Autorise le Bi Club Chapellois à prendre toutes dispositions visant à préserver au mieux la santé du dit mineur et à faire pratiquer toutes interventions médicales et/ou chirurgicales **urgentes** consécutives aux décisions prises par le corps médical local en cas d'accident survenant lors du séjour encadré par le Bi Club Chapellois où le mineur ne sera pas accompagné.

### Coordonnées des parents :

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

## ENGAGEMENT DU SPORTIF

Nom Prénom du sportif : \_\_\_\_\_

J'adhère volontairement au Bi Club Chapellois et je m'engage à :

- Jouer loyalement, sans violence, et rester maître de moi.
- Respecter les consignes de l'encadrement.
- Me comporter de manière responsable, respectueuse et courtoise envers les membres de l'équipe, les compétiteurs, entraîneurs et bénévoles.
- Respecter les installations et les transports mis à ma disposition.
- Respecter les autres participants en restant modeste, honnête, « Fair-play ».
- Respecter ce contrat et représenter le mieux possible mon club lors de ce séjour.

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

NOM Prénom du parent : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_,

Fait à : \_\_\_\_\_,

le \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

SIGNATURE :



## FICHE SANITAIRE

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.

- **Enfant**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date et lieu du séjour : **du 21 au 24 décembre 2015 à Center Parcs**

- **Vaccination**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> 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

- **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**

**aigu**  Oui  Non

**Scarlatine**  Oui  Non

**Coqueluche**  Oui  Non

**Otite**  Oui  Non

**Rougeole**  Oui  Non

**Oreillons**  Oui  Non

**Allergies :**

Asthme  Oui  Non

Alimentaires  Oui  Non

Médicamenteuses  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** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en indiquant les dates et les **précautions à prendre** :

---

---

---

---

• **Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires) etc. ?

---

---

---

---

• **Responsable de l'enfant**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) :

---

---

Téléphone :

Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom et tel 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.
- autorise la prise de vue et la publication des photos ou vidéos sur lesquelles apparaît mon enfant, sur les différents supports de communication de la collectivité (site internet, blog, journaux communautaires etc.)  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Signature

