



FICHE D'INSCRIPTION CAMP GUERLEDAN

Etat civil

Nom.....	Prénom.....	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Date de Naissance/...../.....			
Adresse.....		code postal.....	
Ville.....		Tel.....	
Mail :.....			

Autorisation parentale

Nom	Prénom	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Situation familiale marié(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/>					
Email			Tél. domicile		
Tel Bureau.....			Portable		
<input type="checkbox"/> Reconnaît avoir été informé(e) de tout le déroulement du stage et autorise mon enfant à y participer.					
<input type="checkbox"/> Reconnaît connaître les risques de la pratique des activités sportives de ce stage, des obligations qu'elles comportent et déclare les accepter pour mon enfant.					
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à être transporté dans des véhicules privés, utilisés pour les activités et la logistique du stage.					
<input type="checkbox"/> Autorise	}	L'encadrement à utiliser tout image où figure mon enfant en vue d'une utilisation publicitaire et/ou informative.			
<input type="checkbox"/> N'autorise pas					
<input type="checkbox"/> Autorise l'encadrement du stage à prendre, en cas d'éventuelle blessure qui surviendrait durant cette période. Toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, selon les prescriptions du médecin et m'engage à payer les frais m'incombant, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursée par la sécurité sociale.					
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance et accepte le règlement intérieur du stage.					
L'assurance responsabilité civile du club organisateur et de la Fédération Française de judo couvre chaque participant pour les dommages corporels et matériels en cas de faute de l'encadrement ou stagiaire licencié de la FFJDA, pour les missions d'écrites dans leurs statuts respectifs, par contre, SACHEZ, TOUT DOMMAGE CORPORELS ET MATERIELS n'engagent pas la responsabilité des différentes parties citées si dessus, c'est votre propre assurance qui assure le recouvrement des dommages, (Exemple : blessure lors d'activité, dégradation matériel dû au comportement du stagiaire,...). VOUS DEVEZ AVOIR UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT AVEC ASSISTANCE INTEGREE POUR LA PRATIQUE DES SPORTS ET DES LOISIRS. Vous possédez peut-être ce type de garantie, par exemple dans le cadre d'une assurance « MULTIRISQUES HABITATION » ou « SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE ». Vérifiez que celle-ci couvre bien votre enfant à la pratique de sports et de loisirs tels que les arts martiaux, jeux collectifs (football, volley-ball...), natation, canoë-kayak, équitation, spéléologie, VTT,....					
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance également que je dois posséder une assurance individuelle accident avec assistance intégrée pour la pratique des sports et loisirs.					
Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier.					
Le à				Signature	

Tout dossier doit être dûment complété, signé par le représentant légal de l'enfant et rendu dans les temps pour assurer son admission et sa participation.

Nom..... Prénom..... Garçon Fille

Date de Naissance/...../.....

Adresse..... Code postal..... Ville.....

Tel domicile..... Tel portable.....

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates des derniers rappels
	oui	non			oui	non	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dtpolio/Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé

Rubéole	Varicelle	Angines	Scarlatine	RAA
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otites	Rougeole	Asthme	Oreillons
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

Traitement médical pendant le séjour

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)

Nom et Prénom du Médecin traitant

Téléphone

Vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. En tout état de cause selon les nouvelles réglementations, joindre les photocopies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Les Difficultés de Santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation) En précisant les dates et les précautions à prendre. **Recommandations** Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, régimes et habitudes Alimentaires

.....

Votre Enfant est-il allergique? Oui Non
 Allergie Alimentaire ? Oui Non
 Allergie Médicamenteuse? Oui Non
 Votre Fille est-elle réglée ? Oui Non
 Votre Enfant est-il énurétique Oui Non

Votre Enfant sait-il nager ? Oui Non

Certificat Médical datant de moins de 1 mois autorisant votre enfant à pratiquer le canoë kayak, l'équitation, Spéléologie et toutes Activités Sportives. Formule Multi Activités : Attestation de natation 50 m départ plongé délivrée par un Maître-Nageur

Avertissements

"Bien noter, les pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage."

Tout dossier doit être dûment complété, signé par le représentant légal de l'enfant et rendu dans les temps pour assurer son admission et sa participation.

En cas d'Allergie, Merci de préciser les causes et les conduites à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Caisses Primaires de Sécurité Sociale, Mutuelles et Assurances

 **Sécurité Sociale** : Numéro Caisse.....
Adresse complète.....

Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation sécurité sociale (Pas la photocopie de la carte !), de votre CMU

 **Avez-vous une mutuelle ?** oui non Nom
Adresse complète..... Tél N° Adhérent.....

Joindre la photocopie de la carte de la mutuelle

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) oui non

 **Assurance responsabilité civile**
Nom de l'assureur Adresse.....
Téléphone de l'assureur N° du contrat

Joindre obligatoirement une attestation de votre Assureur. (Tous les documents demandés doivent être en cours de validité)

Autorisation des Parents pour Interventions Médicales et Chirurgicales

Nom Prénom
Adresse de la Famille pendant le séjour Email
Tél. domicile Tel Bureau..... Portable

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier (3 pages).

Date.....

Signature

Tout dossier doit être dûment complété, signé par le représentant légal de l'enfant et rendu dans les temps pour assurer son admission et sa participation.