



PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

Date d'arrivée du dossier :

Dossier OK

Acompte :

Règlement OK

Solde :

- 1 chèque
- 2 chèques
- Chèque +..... ANCV
- ANCV uniquement

STAGE D'ÉTÉ DES DRAGONS NIORTAIS

Dossier d'inscription

à Coulon du 26 au 30 août 2019

Tarif : 390 euros la semaine

NOM : PRÉNOM :

Pièces à joindre :

- Dossier complété
- Fiche sanitaire de liaison
- Certificat médicale de non contre-indication à la pratique sportive
- Attestation de droits CPAM/MSA 2019
- Attestation d'assurance complémentaire 2019

Responsable du stage : Fabien DURAND

Téléphone : 06.07.54.00.73 Mail : dabien@laposte.net

Niort Handball Souchéen
12 rue Joseph Cugnot,
79 000 Niort

RENSEIGNEMENTS

Le joueur/La joueuse :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile :

Portable (Père) : (Mère) :

TEXTILES (cocher la case correspondante) :

Taille tee-shirt

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATION PARENTALE

Mme, Mr..... En qualité de

Autorisons notre fils/notre fille

A participer au Stage des dragons Niortais organisé par le Niort Handball Souchéen qui aura lieu du lundi 26 août au vendredi 30 juillet à Coulon.

A ce titre, il/elle sera accompagné(e) de (pour son arrivée) :.....

Et sera accompagné(e) de (pour son départ) :

En cas d'accident :

J'autorise - Je n'autorise pas (1) les responsables du stage et le service médicale à prendre toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation et l'anesthésie.

J'autorise – Je n'autorise pas(1) les responsables du stage à prendre en charge mon enfant après l'intervention médicale.

N° de sécurité sociale

Nom de la mutuelle complémentaire
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOMTél :

NOMTél :
.....

Fait le A

Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)

(1) Rayer la mention inutile.

RÈGLEMENT

Acompte de 80 euros versé par chèque ou chaque vacances et autres...

Règlement du solde (au choix):

- En une fois par chèque
- En 2 fois par chèque
- Chèque bancaire (.....)* + chèque-vacances ou autres (.....)*
- Chèque vacances ou autres uniquement

* Préciser les montants

**Dossier à renvoyer à
Trésorier du club du Niort Handball Souchéen
63 rue de Chaintre Brûlée
79 000 NIORT**

Téléphone : 06.80.27.33.

Niort Handball Souchéen
12 rue Joseph Cugnot,
79 000 Niort



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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° des écurité 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