



# Fiche d'inscription

Nom : .....

Prénom : .....

Âge : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

Licencié : OUI / NON (si non joindre certificat médical)

Club : .....

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

Poste occupé : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Nom/Prénom responsable : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Semaine de stage souhaitée :

Du 09 au 13 Juillet 2018

Du 16 au 20 Juillet 2018

Journée(s) du : \_\_\_\_\_

Documents à joindre au dossier :

- ⇒ Photocopie carte d'identité (recto/verso)
- ⇒ Photocopie carte vitale (recto/verso)
- ⇒ Fiche de liaison
- ⇒ Droit à l'image



**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.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. 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.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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