



DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE DE TOUSSAINT

Du 20 au 23 Octobre
Nés entre 2003 et 2013 inclus

Renseignements de l'enfant

NOM : Prénom :
.....
Né(e) : Âge :
.....
Licencié au club de :

Renseignements du responsable légal

Père/Mère Autre, précisez :

NOM : Prénom :
.....

Adresse postale :

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

Téléphone : Mail :
.....

J'autorise mon enfant à être pris en photo ou filmé durant le stage :

OUI

NON

Programme de la semaine (sous réserve de modification)

Mardi 20/10	Mercredi 21/10	Jeudi 22/10	Vendredi 23/10
Badmington + Handball	Patinoire + Handball	Initiation Hockey + Handball	Ping-Pong + Handball
Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner
Laser-Quest + Handball	Ultimate + Handball	Olympiades + Handball	Trampoline Park + Handball

Pour tout renseignement, contactez
Axel LEVY (07.60.59.73.71 / responsable.sportif@etbalma.com)
ou Soungalo SURGUET (07.81.60.82.57)

Logistique

- L'arrivée des stagiaires s'effectuera au gymnase Jean Rostand (4, Avenue Georges Pradel, 31130 BALMA) entre **8h30 et 9h**.
- Le départ s'effectuera également au gymnase Jean Rostand entre **17h et 17h30**.

Matériel à prévoir (non exhaustif)

- Équipement pour la pratique du handball
- Nécessaire pour se doucher
- Coupe-vent ou parka
- Baskets (autre que handball)
- Gourde / bouteille d'eau
- Tenue pour la pratique extérieure de sport

- Gants obligatoires pour la patinoire

**Documents à remettre à l'entraîneur ou à envoyer à l'ET Balma
(4 Avenue Georges Pradel 31130 BALMA) :**

- Dossier d'inscription
- Fiche sanitaire jeunesse et sport (si non licencié)
- Certificat médical (si allergie et traitement en cours)
- Photocopie de la responsabilité civile de l'enfant
- Règlement par chèque à l'ordre de l'ET Balma

Forfaits du stage :

- 1 jour = 30 euros

- 2 jours = 60 euros

- 3 jours = 90 euros

- 4 jours = 110 euros

Je souhaite inscrire mon enfant :

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Autorisation parentale

Autoriser mon enfant à rentrer seul

Je soussigné(e),,
père / mère / responsable légal de
..... l'autorise à :

- Rentrer seul du Gymnase Jean Rostand à l'issu des journées de stage pour rentrer à son domicile.

Date :

Signature :



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
Diphthérie				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.

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