



MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES

☐ Semaine du 13 au 18 juillet 2020

☐ Pensionnaire - Arrivée prévue le Dimanche à partir de 17h00

☐ Pensionnaire - Arrivée prévue le Lundi à partir de 12h00

☐ Demi-Pensionnaire - Arrivée prévue le Lundi à partir de 12h00

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE ARBITRE

NOM:.....
PRENOM:.....
SEXE: MASCULIN ☐ FEMININ ☐
DATE DE NAISSANCE:/...../.....
ADRESSE:.....
.....

CODE POSTAL:
VILLE:.....
CLUB (Photocopie licence FFBB):.....
NIVEAU D'ARBITRAGE: REG. ☐ DEP. ☐
TAILLE:.....m.....
TAILLE T-SHIRT (adulte): S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL ☐
TAILLE SHORT (adulte): S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL ☐

INFORMATIONS MEDICALES:

- Signaler toute allergie, contre-indication médicamenteuse, nutritionnelle, ect...
- Joindre un certificat médical de moins de 6 mois avant la date de début du stage

LISTE DES DOCUMENTS

Documents à envoyer par courrier avec cette fiche d'inscription (GPS Académie – chez Arnaud Mounier – 60 bis rue de Saint-Maurice – 38200 CHUZELLES):

- ☐ PHOTOCOPIE CARTE VITALE
- ☐ PHOTOCOPIE CERTIFICAT MUTUELLE
- ☐ PHOTOCOPIE LICENCE
- ☐ CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 6 MOIS
- ☐ FICHE SANITAIRE
- ☐ REGLEMENT A L'INSCRIPTION (Acompte 225 Euros)

Documents à envoyer par email (gpsacademie@gmail.com):

- ☐ PHOTO D'IDENTITE

TARIFS

- ☐ Pension Complète – Arrivée le dimanche 430 Euros
- ☐ Pension Complète – Arrivée le lundi 380 Euros
- ☐ Demi-pension – 310 Euros

Informations:

- Pour les arrivées du Lundi, le repas n'est pas à la charge de la GPS Académie

Païement:

- Règlements à l'ordre de GPS Académie
- Acompte obligatoire à l'inscription de 225 Euros
- Solde à régler un mois avant le début du camp

Annulation / Désistement:

- 15 jours avant le début du stage: 50% du prix du stage
- Aucun remboursement ne sera fait si le stagiaire ne se présente pas au stage sauf sur présentation d'un certificat médical
- Aucun remboursement ne sera fait si le stagiaire quitte le stage avant la fin du séjour sauf en cas de force majeure.

RESPONSABLE LEGAL SI MINEUR

NOM:.....
PRENOM:.....
SEXE: MASCULIN ☐ FEMININ ☐
PROFESSION:.....
DATE DE NAISSANCE:/...../.....
ADRESSE:.....
.....

CODE POSTAL:
VILLE:.....
TELEPHONE PRINCIPAL:/...../.....
TELEPHONE SECONDAIRE:/...../.....
EMAIL:.....@.....

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e)
autorise le directeur du stage à prendre toutes les décisions médicales urgentes concernant la santé de
certifie qu'il est assuré (joindre copie attestation sécurité sociale et carte mutuelle).

Fait à..... Le...../...../.....

Signature:

Je soussigné(e)
autorise à participer à l'activité « Natation ».

Fait à..... Le...../...../.....

Signature:

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)
Père, Mère, Personne exerçant l'autorité parentale (1) de l'enfant (Nom et Prénom) :

1) Autorise expressément les organisateurs à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles notre enfant pourrait apparaître à l'occasion de sa participation au camp de la GPS ACADEMIE, sur tous supports y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi.

2) Autorise le responsable du site internet de la GPS Académie :

Faire figurer la photographie de mon enfant : OUI ☐ NON ☐
Mentionner le nom et le prénom de mon enfant : OUI ☐ NON ☐
Publier les productions de mon enfant : OUI ☐ NON ☐

Fait à..... Le...../...../.....

Signature:

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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° de sécurité 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
