



MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES

- 1 Semaine du 19 au 24 juillet 2021
- 1 Semaine du 26 au 31 juillet 2021
- 2 Semaines du 19 au 31 juillet 2021

- Pensionnaire - Arrivée prévue le Dimanche à partir de 17h00
- Pensionnaire - Arrivée prévue le Lundi à partir de 13h00
- Demi-Pensionnaire - Arrivée prévue le Lundi à partir de 13h00

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE

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

 CODE POSTAL:
 VILLE:.....
 CLUB (Photocopie licence FFBB):.....
 NIVEAU DE COMPETITION: NAT. 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 2021
 - PHOTOCOPIE LICENCE
 - CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 6 MOIS (à envoyer en mars)
 - FICHE SANITAIRE
 - CARNET DE VACCINATION
 - REGLEMENT A L'INSCRIPTION (Acompte 250 Euros)
- Document à envoyer **par email** (gps.inscriptions@gmail.com):
- PHOTO D'IDENTITE

TARIFS

1 Semaine:

- Pension Complète – Arrivée le dimanche 530 Euros
- Pension Complète – Arrivée le lundi 480 Euros
- Demi-pension – 400 Euros

2 Semaines:

- Pension Complète – Arrivée le dimanche 960 Euros
- Pension Complète – Arrivée le lundi 880 Euros
- Demi-pension – 760 Euros

Informations:

- Pour les arrivées du Lundi, le repas n'est pas à la charge de la GPS Académie
- Si vous choisissez les 2 semaines, le dimanche 19 juillet sera composée d'activités avec les BAFA.

Paiement:

- Règlements à l'ordre de GPS Académie
- Acompte obligatoire à l'inscription de 250 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

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

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

AUTORISATION PARENTALE

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

Fait à..... Le...../...../.....

Signature:

Je soussigné(e)
 autorise mon enfant à participer à l'activité Accrobranche ou course d'orientation.

Fait à..... Le...../...../.....

Signature:

AUTORISATION PARENTALE 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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° 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
