GUY PRAT
BASKETBALL ACADEMIE

BULLETIN D'INSCRIPTION 2024

FICHE N°

TSF VOIRON

MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES

☐ 1 Semaine du 14 au 20 juillet 2024
☐ 1 Semaine du 21 au 27 juillet 2024
☐ 2 Semaines du 14 au 27 juillet 2024

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

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

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 alergie, 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 Obligatoirement par courrier avec cette fiche d'inscription (GPS Académie – chez Guy Prat – 120 rue Alexis Perroncel – 69100 VILLEURBANNE):

Courrier à envoyer à l'inscription:
- ☐ PHOTOCOPIE CARTE VITALE
- ☐ PHOTOCOPIE LICENCE
- ☐ FICHE SANITAIRE
- ☐ CARNET DE VACCINATION
- ☐ REGLEMENT A L'INSCRIPTION (Acompte 250 Euros)

Courrier à envoyer à partir du mois de mars:
- ☐ PHOTOCOPIE CERTIFICAT MUTUELLE 2024
- ☐ CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 6 MOIS

Document à envoyer par email (gps.inscriptions@gmail.com):
- ☐ PHOTO D'IDENTITE

TARIFS

1 Semaine:
- ☐ Pension Complète – Arrivée le dimanche 560 Euros
- ☐ Demi-pension – 430 Euros

2 Semaines:
- ☐ Pension Complète – Arrivée le dimanche 1030 Euros
- ☐ Demi-pension – 820 Euros
- ☐ Option Pension Samedi et Dimanche Soir +100 Euros

Informations:
- Arrivée obligatoire le dimanche
- Si vous choisissez les 2 semaines avec l'option de nuitée entre le samedi et le dimanche, le samedi 20 après-midi et le dimanche 21 juillet seront composés d'activités avec les BAFA.

Paiement:
- Acompte obligatoire lors de l'inscription en ligne de 250 Euros
- Solde à régler lors de l'arrivée au 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 et course d'orientation. J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques et prendre les transports organisés par la GPS Académie pour s'y rendre.

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:

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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

_____

_____

_____

_____

_____

_____