



MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES

- ☐ 1 Semaine du 13 au 19 juillet 2025
☐ 1 Semaine du 20 au 26 juillet 2025
☐ 2 Semaines du 13 au 26 juillet 2025

- ☐ Pensionnaire -Arrivée prévue le Dimanche à partir de 17h00
☐ Demi-Pensionnaire-Arrivée prévue le Lundi à partir de 8h00

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE

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

 CODE POSTAL: VIL L E:.....
 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 Obligatoirement par courrier avec cette fiche d'inscription (Guy Prat – 19 rue Clément Michut –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 2025
☐ CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 6 MOIS

ENVOI DES DOCUMENTS PAR COURRIER OBLIGATOIRE

AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

1 Semaine:

- ☐ Pension Complète – Arrivée le dimanche 580 Euros
☐ Demi-pension –450 Euros

2 Semaines:

- ☐ Pension Complète – Arrivée le dimanche 1050 Euros
☐ Demi-pension – 840 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 19 après-midi et le dimanche 20 juillet seront composés d'activités avec les animateurs 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:

**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
