



DOSSIER D'INSCRIPTION  
**WINTER CAMP**

Vacances d'hiver

**Du 20 au 24 fevrier 2023**

de 9h à 17h

**Gymnase Tommasi**

*Ouvert aux filles & garçons  
jusqu'à U17*

Le dossier complet est à renvoyer soit par mail  
soit auprès de votre coach

**ALLAUCH BASKET BALL**

**[bc.allaudien@gmail.com](mailto:bc.allaudien@gmail.com)**



# FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION

## « WINTER CAMP »

Du 20 au 24 février 2023

**Gymnase Tommasi**

### LE JOUEUR

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville.....

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle (Adresse et téléphone) : .....

.....

Licencié :  oui  
 non\*

Catégorie :.....Club actuel :.....  
Taille de TSHIRT :.....

**\*Pour tous les nons licenciés une copie d'assurance extra scolaire vous sera demandée ainsi qu'un certificat medical.**

### LE RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville.....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Je soussigné (e) : .....

1. Autorise mon enfant:..... à participer à toutes les activités proposées par Allauch Basket ball durant le stage.
2. ASSUME l'entière responsabilité dans le cas ou mon enfant quitterait le stage sans l'autorisation d'un responsable pour quelque motif que ce soit.
3. ATTESTE que mon enfant est apte médicalement (licencié ou le cas échéant je fourni un certificat médical et une attestation d'assurance).
4. AUTORISE les dirigeants du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale d'urgence.
5. AUTORISE la direction à utiliser les images (photos ou vidéos) prises lors du stage où figure mon enfant dans le cadre de la promotion future des stages ou pour faire découvrir par ce biais les activités réalisées aux familles sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

Fait à : ..... le : .....

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

# TARIF

## - 3 jours de stage

(Lundi/Mardi et Mercredi).....90 EURO

- 5 jours de stage.....120 EURO

## - 4 demi-journées de stage (BABY/ U7/ U9/U11)

(Lundi/Mardi/Jeudi et Vendredi de 9h à 12h).....80 EURO

**HORAIRE :** de 9h à 17h et (9h à 12h pour les catégories BABY/ U7/ U9)

### STAGE CHOISI :

- Les 3 jours de stage (Lundi, Mardi et Mercredi)  
 Les 5 jours de stage  
 Les 4 demi-journées (Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi)

### MOYEN DE PAEMENT

(cocher le mode choisi)

- ESPECES (à remettre à votre coach dans une enveloppe au nom de l'enfant)  
 HELLO ASSO le : ../../....au nom de.....  
 CHEQUE (merci d'établir vos chèques à l'ordre suivant : **Basket club allaudien**):  
Banque :.....Numéro :.....  
(à remettre à votre coach dans une enveloppe au nom de l'enfant)

### RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE

Pieces à joindre	Case à cocher par les parents	Case à cocher par le club
Fiche d'inscription et d'autorisation parentale		
Fiche sanitaire de liaison		
Certificat médical si non licencié		
Attestation d'assurance si non licencié		
Règlement		



# 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
Diphthérie				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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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.

---

---

---

---

---

---

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**

---

---

---

---

---

---

---