



FICHE INSCRIPTION

2019



NOM:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....à.....

Categorie: U.....Club:..... (Insérer Photo)

Adresse:.....

Code Postal:.....Ville :.....Pays:.....

Telephone:.....Mobil:.....

Email:.....

Participation camp de basket:.....Taille textile:.....

Du 7 ou 8 Juillet au 12 Juillet 2019

Eléments à nous retourner pour finaliser l'inscription :

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Acompte pour 1 semaine 255€ ou 235€ licenciés ABBR ou 235€ Arbitres
- Photocopie Licence ou Certificat médical (si pas licencié)
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation parentale de transport (navette Gare si besoin)
- 1 enveloppe timbrée (inscrire votre adresse)
- Contrat de cession de droit à l'image
- Reste du règlement - Voir feuille 4 pour modalités de règlement
- Désirez vous un facture? si oui joindre une enveloppe timbrée (inscrire votre adresse)

FICHE D'INSCRIPTION (suite)

ACCORD PARENTAL

Je soussigné(e) :
exerçant l'autorité parentale ou la garde de :
n° Sécurité Sociale :
N° et Compagnie Responsabilité Civile:.....

déclare :

- que mon enfant répond aux conditions de santé exigées,
- autorise le responsable du camp à prendre toutes décisions médicales urgentes (soins, traitements, hospitalisation) concernant la santé de mon enfant, et certifie qu'il est assuré,
- Tout stage commencer est dû.
- m'engage à assurer le remboursement des soins que Passion sans Frontière aurait avancés,
- accepte les conditions du camp.

Passion sans Frontière / Fastbreak Camp se réserve le droit de renvoyer tout stagiaire dont le comportement serait préjudiciable au bon déroulement du camp. Vous en serez informé au préalable.

Date :Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pour passer un bon séjour sportif, il est essentiel que les stagiaires respectent le règlement intérieur et les règles de vie collective déterminées par la société organisatrice et les équipes d'encadrement. Une réunion d'accueil au début du stage sera organisée pour présenter et expliquer ces différentes règles. En cas de manquement grave à ces règles, il peut être décidé du renvoi immédiat du stagiaire sur décision unilatérale des équipes d'encadrement.

En signant ci-dessous, le stagiaire comprend et s'engage à respecter durant le stage le règlement intérieur figurant au sein des conditions générales d'inscription et de participation ainsi que les consignes des équipes d'encadrement.

Le règlement du Cottage des Dunes doit être respecté.

FAIT à Le SIGNATURE DU STAGIAIRE

Autorisation parentale de transport pour les mineurs (Gare ou Médecin)

Je soussigné.....

Demeurant.....

Autorise les membres du FBC à transporter dans leur véhicule personnel : mon enfant:

.....

Fait à : Le :Signature

CESSION DE DROITS D'IMAGE

Je soussigné(e).....représentant légal de

.....né(e) le.....

cede le droit à l'image de l'enfant dont je suis le représentant légal et autorise irrévocablement Passion sans Frontière - Fastbreak Camp à divulguer, publier, diffuser ou exploiter les prises de vues réalisées lors du camp .Cette cession se fait sans contrepartie financière.

Fait à, le Signature

Modalités de paiement:

Choix du paiement du Stage à Passion Sans Frontière :

Virement Bancaire Chèque Cheque Vacances ANCV

Pour paiement en virement Bancaire mettre le nom de l'enfant en référence.

Pour paiement Par Chèque mettre le nom de l'enfant et date d'encaissement au dos.

Paiement Pour 1 Semaine 455€

Acompte 255€ Solde 1x 200€ ou 2 x 100€

Arrivée Dimanche 7 : 60€

Assurance désistement: 25€

Soit un Total de :€

+ Chèque Caution Ménage à l'ordre de Passion Sans Frontières 30€

(chèque rendu en fin de stage si chambre propre et rangée)

Dossier complet à renvoyer

dans les 3 semaines après la réservation site internet ou directement à :

PASSION SANS FRONTIERE- Fastbreak Camp

36 Route du Mesnil

76680 Monterolier

Tel : 06.86.89.82.22

WWW.FASTBREAKCAMP.FR

RIB Passion sans Frontière

DOMICILIATION

Code établissement

16906

Code guichet

03037

Numéro de compte

87000751977

Clé RIB

16

IBAN (International Bank Account Number)

FR76

1690

6030

3787

0007

5197

716

Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift

AGRIFRPP869



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

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
