



FICHE INSCRIPTION

2020



NOM:.....Prénom.....
 Date de naissance:.....à.....
 Categorie: U.....Club:.....
 Adresse:.....
 Code Postal:.....Ville :.....
 Telephone:.....Mobil:.....Email:.....
 À quel camp as-tu participé?:.....Fidélité Camp Gomez :.....Année(s)

Du 5 Juillet au 11 Juillet 2020

merci de cocher tous les éléments du dossier (case V)

V - FBC

- Fiche d'inscription complétée et signée +1 photo (pas de photo pour renouvellement)
- Numéro Licence Club: N°.....
- 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
- Règlement - Voir feuille 4 pour modalités de règlement
- Désirez vous un facture? si oui joindre une enveloppe timbrée et inscrire votre adresse

FICHE D' INSCRIPTION (ACCORD PARENTAL)

Je soussigné(e) :exerçant l'autorité parentale ou la garde de l'enfant :
....., déclare:

N° Sécurité Sociale :

N° et nom de Mutuelle:.....

- que mon enfant répond aux conditions de santé exigées,
- autorise le responsable du camp a 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.

MG Promotion / 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 l'association 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 d'ERAE de Berck sur Mer 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 MG Promotion - 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:

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

MG PROMOTION- Fastbreak Camp
36 Route du Mesnil 76680 Monterolier
Tel : 06.86.89.82.22 WWW.FASTBREAKCAMP.FR

Choix du paiement du Stage à « MG Promotion » (hors licencié(e)s ABBR):

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; dernier cheque fin juillet**

Paiement Pour 1 Semaine Joueur 515€ (7 jours / 6 nuits)

Acompte 305€ Solde 1x 210€ ou 2 x 105€ 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)

Paiement Pour 1 Semaine Arbitre Camp Mainini 400€ (7 jours / 6 nuits)

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


Paiement Pour 1 Semaine Joueur ABBR demi pension (sans nuitée) 420€

Cheque(s) à l'ordre de l'Association Passion sans Frontière (uniquement licencié(e)s ABBR

Acompte 200€ **Solde 1x 200€** **ou 2 x 110€** **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)

		CRÉDIT AGRICOLE MUTUEL PYRÉNÉES-GASCOGNE	
<small>CRÉDIT AGRICOLE MUTUEL PYRÉNÉES GASCOGNE 11, bd du Président Kennedy - BP 329 65003 TARBES CEDEX</small>			
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE			
▲ SIGNATURE ▲		International Bank Account (IBAN)	
ETRANGER UNIQUEMENT		FR76 1690 6030 0501 0162 9360 077	
Bank Identifier Code (SWIFT)		AGRIFRPP869	
<small>Code Etat</small> 16906	<small>Code Guichet</small> 03005	<small>N° de Compte</small> 01016293600	<small>CA/RIB</small> 77
<small>Ligne de Paiement</small> TOOKAM DIRECT 05 59 12 75 00		S.A.R.L. MG PROMOTION CHEZ GOMEZ MICHEL ROUTE DU MESNIL 76680 MONTEROLIER	
<small>⑆169060300501016293600⑆</small>			

« à découper par le FastBreak Camp »



FICHE TECHNIQUE 2020



NOM.....
.....Prénom.....

Date de naissance:..... Catégorie:.....

Club: Poste:.....

Niveau Arbitre Club : oui / Non

Niveau Joueur : Départemental Régional National

Taille : Poids : Taille Textile:.....

Le coin du Coach Du FastBreak Camp:



<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
