



INSCRIPTION AU STAGE DE JUILLET 2020
DU 20 au 24 JUILLET 2020
DU 27 AU 31 JUILLET 2020

LE STAGIAIRE :

Nom : Prénom :
Sexe : Né(e) le :
Club :

LES PARENTS :

Père : Mère :
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Adresse : Adresse :

Email : Email :
Tél Portable : Tél Portable :

Choix Semaine :

(Entourer la mention utile)

Semaine 1

Semaine 2

Type de séjour :

(Entourer la mention utile)

Stage sans repas : 190€

Stage avec plateaux repas le midi: 235€

Régime Alimentaire Particulier :

(Si oui, préciser lequel)

OUI

NON

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), M., représentant légal de l'enfant mineur....., AUTORISE / N'AUTORISE PAS (1) le CHAR à publier l'image de mon enfant, dans le cadre de toute publication, sur tout support, relatifs à la promotion du club et du hockey sur glace.

Signature

(1) rayer la mention inutile



FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. **A nous retourner impérativement !**

1 - LE STAGIAIRE :

Nom : Prénom :
 Numéro de Sécurité Sociale :
 Date de naissance : Garçon Fille Poids : Taille :

2 - VACCINATIONS

Votre enfant doit être à jour de ses vaccins.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE

Le stagiaire suit-il un traitement médical de longue durée pendant le séjour ? Oui
 Non

Si oui, apporter l'**ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du stagiaire, avec la notice), **le 1^{er} jour du stage**.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : → Asthme Oui Non

→ Alimentaires Oui Non

→ Médicamenteuses 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, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, allergie aux aliments ou aliments interdits)** en précisant les **précautions à prendre**.

Autres commentaires :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE CAMP

Nom et Prénom :

Adresse (pendant le camp) :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et Tel. du médecin traitant :

DECHARGE DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. En cas d'accident, j'autorise les responsables à faire appel aux secours d'urgence ou à faire transporter mon enfant dans le centre hospitalier le plus proche, (autorisation d'entrée et de sortie). En cas d'urgence, j'autorise toute intervention chirurgicale. En cas d'accident ou de blessure survenus au cours du stage, les organisateurs ne pourront être tenus pour responsables. De plus, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du campus d'entraînement et en accepter les modalités.

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »