#### PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR



Date arrivee dossier :	Dossier OK
Acompte : ☐ 120 euros ☐ 220 euros ☐ Chèques vacances ou coupons sport	Règlement Ok
Solde:	
☐ 1 fois par chèque ou virement	
2 fois par chèque ou virement	
☐ par chèque ou virement +	par
chèques vacances ou coupons sport	
☐ Chèques vacances ou coupons sport u	niquement

# HANDBALL SUMMER STAGE Dossier d'inscription

à ANGLET du 4 au 8 juillet 2022

NOM:	PRENOM:							
CLUB (pas de sigle SVP) :								
FORMULE:	☐ Pension complète avec transport (490 €)							
	☐ Pension complète sans transport (460 €)							
	□ Demi-pension (250 €)							
Pièces à joindre :								
☐ Dossier dûmen	•							
	de liaison (modèle joint)							
☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités sportives et des activités nautiques (modèle joint)								
☐ Attestation de natation 25 m, délivrée par les organismes compétents (piscines								
municipales)								
☐ Attestation de droits CPAM/MSA 2022								
☐ Attestation d'assurance complémentaire 2022								
Contacts:								
Emilien LARRIERE (directeur du stage) / 06.87.81.03.38								
Sandra RFISCH (se	ecrétariat) / 06 58 41 54 79							

Comité de Handball des Deux-Sèvres 28, rue de la Blauderie CS 38539 79025 NIORT Cedex – Tél. 05.49.06.61.15

E-mail: 6079000@ffhandball.net

## **RENSEIGNEMENTS**

(1) Rayer la mention inutile.

Le joueur/La joueuse :															
Nom :															
Code postal :															
Numéros téléphones : (père)															
Taille		•••••			Po	ids :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	P	ointure	:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			••••
Poste	sur le t	terra	in :	•••••		•••••		. Latéra	lité :			•••••			
	es (coc tee-shi		a case	e cor	respo	ndante	):	Taille s	hort						
XXS	XS	S	M	L	XL	XXL		XXS	XS	S	M	L	XL	XXL	
AUTO	ORISA	TIO	N PA	REN	ITALI	=									
Mme, MrEn qualité de  Autorisons notre fils/notre fille (1)								••••							
A participer au HANDBALL SUMMER STAGE organisé par le comité de handball des Deux- Sèvres du lundi 4 au vendredi 8 juillet 2022 à ANGLET.															
A ce titre, il/elle (1) sera accompagné(e) de (pour son arrivée) :															
Et sera accompagné(e) de (pour son départ) :															
J'auto mesui		le n'a genc	autori			-		les du s ale, y c					-		
J'autorise – Je n'autorise pas(1) les responsables du stage à prendre en charge mon enfant après l'intervention médicale.															

Comité de Handball des Deux-Sèvres 28, rue de la Blauderie CS 38539 79025 NIORT Cedex – Tél. 05.49.06.61.15

E-mail: 6079000@ffhandball.net

N° de sécurité sociale  Nom de la mutuelle complémentaire									
Personnes à prévenir en cas d'urgence :									
NOMTél :									
Fait le A									
Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)									
DROIT A L'IMAGE									
Je soussigné(e)									
REGLEMENT									
☐ Acompte versé via notre service de réservation en ligne. ☐ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date: □ En 2 fois par chèque ou par virement. Dates:									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date :									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date: □ En 2 fois par chèque ou par virement. Dates: □ Chèque bancaire ()* + chèques-vacances ou coupons-sport ()*									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date: □ En 2 fois par chèque ou par virement. Dates: □ Chèque bancaire ()* + chèques-vacances ou coupons-sport ()* □ Chèques-vacances ou coupons-sport uniquement									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date: □ En 2 fois par chèque ou par virement. Dates: □ Chèque bancaire ()* + chèques-vacances ou coupons-sport ()* □ Chèques-vacances ou coupons-sport uniquement *Préciser les montants									
□ Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.  Règlement du solde (au choix): □ En 1 fois par chèque ou par virement. Date : □ En 2 fois par chèque ou par virement. Dates : □ Chèque bancaire ()* + chèques-vacances ou coupons-sport ()* □ Chèques-vacances ou coupons-sport uniquement *Préciser les montants  MERCI DE JOINDRE LE SOLDE AU DOSSIER. LES CHEQUES SERONT ENCAISSES AUX DATE									

Dossier à renvoyer au Comité de Handball des Deux-Sèvres 28 rue de la Blauderie CS 38539 79025 NIORT CEDEX



### MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE

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				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>L</u>	LINI ANT ATTIL DESAT	EU LES MALADIES SUI	IVANILO :					
RUBÉOLE  oui non non	VARICELLE  oui non	ANGINE  oui non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui non	SCARLATINE Oui non				
COQUELUCHE	ОТІТЕ	ROUGEOLE	OREILLONS					
oui non	oui non	oui non	oui non					
ALLERGIES: ASTHME oui								
PRÉCISEZLA CA signaler)	NUSE DE L'ALLERO	GIE ET LA CONDU	ITE À TENIR (si au	tomédication le				

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SAN OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN	<b>ITÉ</b> (MALADIE, ACCIDE I PRÉCISANT LES DATE	ENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, ES ET LES <b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE</b> .)
4 - RECOMMANDATIONS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DE DENTAIRES, ETCPRÉCISEZ.		ENTS NETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES
	NTC.	ON OCCASIONNELLEMENT OUT
L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON	ILIT?	ON OCCASIONNELLEMENT OUI
S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-	ELLE RÉGLÉE ?	NON OUI
5 - RESPONSABLE DE L'		
		PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOU		
ADITEOUE (I ENDANT LE OESOO	N	
Numéros de téléphone :		
Mère : domicile :		
Père : domicile :	portable :	travail :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAI	TANT (FACULTATIF)	
		responsable légal de l'enfant, déclare
toutes mesures (traitement médica	al, hospitalisation, interve	responsable legal de l'emant, declare se le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, ention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de u séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une
N° de sécurité sociale :		
Date :	Signature:	
	_	UR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	- ORGANISAI EUR	DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATIONS		



# CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docte	eur	
certifie avoir examiné c	ce jour M. / Mme	
né(e) le (jj/mm/aaaa) :		
et n'avoir décelé auc	cune contre-indication à la pratique des activités sport	ives et nautiques
Date (jj/mm/aaaa) :		
Signature et tampon	du praticien	