



En collaboration avec



PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Date arrivée 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 uniquement

HANDBALL SUMMER STAGE

Dossier d'inscription

à ANGLET du 8 au 12 juillet 2024

NOM :

PRENOM :

CLUB (pas de sigle SVP) :

FORMULE : Pension complète avec transport (520 €)

Pension complète sans transport (480 €)

Demi-pension (280 €)

Pièces à joindre :

Dossier dûment complété

Fiche sanitaire de liaison (modèle joint)

Attestation de natation 25 m, délivrée par les organismes compétents (piscines municipales)

Attestation de droits CPAM/MSA 2024

Attestation d'assurance complémentaire **2024**

Contacts :

Emilien LARRIERE (directeur) / 06.87.81.03.38

Mickaël MORENO (directeur adjoint) / 06.64.42.74.13

Sandra REISCH (responsable administrative) / 06.58.41.54.79

RENSEIGNEMENTS

Le joueur/La joueuse :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéros téléphones : (père) (mère) :

Adresse mail (parents) :

Taille : Poids : Pointure :

Poste sur le terrain : Latéralité :

Textiles (cocher la case correspondante) :

Taille tee-shirt

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL
<input type="checkbox"/>						

Taille short

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL
<input type="checkbox"/>						

AUTORISATION PARENTALE

Mme, Mr En 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 8 au vendredi 12 juillet 2024 à ANGLET.

A ce titre, il/elle (1) sera accompagné(e) de (pour son arrivée) :

Et sera accompagné(e) de (pour son départ) :

En cas d'accident :

J'autorise – Je n'autorise pas (1) les responsables du stage et le service médical à prendre toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation et l'anesthésie.

J'autorise – Je n'autorise pas(1) les responsables du stage à prendre en charge mon enfant après l'intervention médicale.

(1) Rayer la mention inutile.

N° de sécurité sociale

Nom de la mutuelle complémentaire

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM Tél :

NOM Tél :

Fait le A

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

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) autorise – n'autorise pas (1) le Comité Handball 79 à prendre des photos et vidéos des participants du Handball Summer Stage et à les diffuser sur son site internet et ses réseaux sociaux -Facebook et Instagram- à titre de promotion du Handball Summer Stage.

(2) Rayer la mention inutile.

REGLEMENT

Acompte versé via notre service de réservation en ligne.

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 DATES INDIQUEES PAR VOS SOINS.

Coordonnées bancaires :

IBAN

FR76	1551	9391	0200	0205	7780	137
------	------	------	------	------	------	-----

BIC

CMCIFR2A

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



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="margin: 0;">1 – ENFANT</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">NOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">PRÉNOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">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
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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.

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
