



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

OUISTREHAM DU 29 JUIN AU 7 JUILLET 2022 ET POUR LES BREVETISTES DU 01^{er} AU 07 JUILLET

Nous vous remercions de prendre le temps nécessaire pour compléter et relire cette fiche, dans l'intérêt de votre enfant.
N'hésitez pas à nous contacter en cas de problème, de doute.

Merci de cocher le stage qui vous concerne :

- Stage CORALIE LASSOURCE - Filles nées en 2005/2006/2007
 Stage JOHANN CARON - Garçons nés en 2005/2006/2007

L'ENFANT

NOM :

Prénoms :

Né le :

à :

Nationalité :

Club :

N° licence

N° Sécurité
sociale :

Nom et N°
Mutuelle

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

	PERE	MERE
	NOM - Prénom :	NOM - Prénom :
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel personnel ¹ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel professionnel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

URGENCES ET PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme autorise le Directeur du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris l'hospitalisation.

NB : En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'une personne majeure habilitée.

Je m'engage à reverser au Comité en cas de maladie ou accident de l'enfant pendant le stage le montant des sommes engagées pour le traitement.

NB : ces frais sont remboursés en partie par la sécurité sociale

Signature obligatoire (précédée de Lu et approuvé)

¹ Toute modification devra être signalée.

Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :	Téléphone :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médecin de famille : ^{Dr}

Téléphone :

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, troubles, médicaments*)

Cf. Compléter la fiche sanitaire

Groupe sanguin

DIFFUSION D'IMAGES

Dans le cadre du séjour, des photos peuvent être réalisées et diffusées sur le site WEB du comité. Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme

autorise mon enfant à apparaître sur des photos (individuelles ou de groupe).

n'autorise pas mon enfant à apparaître sur des photos (individuelles ou de groupe).

Signature obligatoire (précédée de Lu et Approuvé)

PARTICIPATION AUX ACTIVITES*

Dans le cadre du séjour, votre enfant sera amené, à participer à des activités de pleine nature (Accrobranche, VTT, Escalade, baignade...)

Nous sollicitons donc votre autorisation

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme

autorise mon enfant à participer aux différentes activités prévues au cours du stage et à être véhiculé par les animateurs responsables de l'activité.

Signature obligatoire (précédée de Lu et Approuvé)

* voir modalités générales d'inscription.

