



Séjour Sport et Loisirs

Bléré Summer Camp

Séjour avec hébergement du dimanche 8 juillet au vendredi 13 juillet 2018

Le Bléré Val de Cher Handball propose aux jeunes né(e)s en 2002, 2003, 2004, 2005 un camp à
St Christophe des bois (49) du 8 au 13 Juillet 2018.

Des activités de plein air seront proposées tous les jours : geocaching, jeux de rôles, O' glisse park, soirées à thèmes...

Attention nombre de place limité à 24 participants.

Prévoir pour la semaine de camp :

- Vêtements pour 6 jours : prévoir en fonction de la météo : chaud / froid / pluie
- Casquette et crème solaire
- Nécessaire de toilette : gel douche, brosse à dents, serviette....
- 2 paires de baskets (extérieur et intérieur)
- Toile de tente (2 places maximum pour 1 jeune) / matelas / duvet

L'utilisation du téléphone portable pour les jeunes sera limitée durant le séjour.

Pour suivre le stage de votre enfant, connectez-vous à la page Facebook du club :
« Bléré Val de Cher Handball ou @BVCHB »

Tous les jours vous trouverez des photos des différentes activités pratiquées par votre enfant.

Le chèque pour le séjour est a édité à l'ordre du « Bléré Val de Cher Handball » : il sera encaissé au retour du stage.

En cas de problème, pendant le stage, vous pouvez contacter :

Loïc Trimardeau au 06 17 49 05 08

Antoine Savé au 06 79 91 97 92

Jessica Perron au 06 24 00 28 38



AUTORISATION PARENTALE 2018

Bléré Val de Cher Handball

Fiche individuelle obligatoire d'inscription

ENFANT

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

L'enfant vit chez : Ses deux parents Sa mère Son père

En alternance (à préciser) :

En famille d'accueil (à préciser) :

Autre (à préciser) :

Téléphone de l'enfant :

E-mail de l'enfant :

Régime alimentaire :

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant :

Nom et adresse de la mutuelle :

Caisse à laquelle est affilié l'enfant :

Caisse d'Allocations Familiales (CAF)

Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Nom de l'allocataire : N° d'allocataire :

RESPONSABLES LEGAUX

Mère : Autorité parentale : Oui Non

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Est-ce l'adresse de facturation ? Oui Non

Adresse mail :

Tel mobile : Tel domicile :

Nom Employeur : Tel travail :

Père : Autorité parentale : Oui Non

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Est-ce l'adresse de facturation ? Oui Non

Adresse mail :

Tel mobile : Tel domicile :

Nom Employeur : Tel travail :

Personne à prévenir en cas d'urgence : (si celle-ci différente des parents)

NOM..... Prénom.....

Adresse

N° téléphone :

En cas d'accident votre enfant sera conduit au centre hospitalier le plus proche (sauf indication contraire de votre part)

AUTORISATION PARENTALE 2018

Je soussigné(e) : père, mère, tuteur ou tutrice (rayer les mentions inutiles) de l'enfant :

Autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les décisions concernant les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale, de maladie contagieuse ou d'affection grave.

M'engage à rembourser le Bléré Val de Cher Handball pour tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels ou tous les autres frais engagés pour l'enfant.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le Bléré Val de Cher Handball, y compris le transport en minibus.

Autorise les animateurs ou la presse locale à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités à des fins de communication ou d'exposition. (sites internet et réseaux sociaux)

Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités.

Si non, listes des personnes autorisées à venir le chercher :

M'engage à informer le Bléré Val de Cher Handball, en cas de changement de ces renseignements.

A
Le

Signature du responsable légal
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

PIECES A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION :

- Autorisation parentale dûment remplie
- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie
- Certificat medical de non contre indication à la pratique sportive (pour les non licenciés)
- Paiement du Stage



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

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
