



Fiche d'inscription par VOIE POSTALE

Date (s) du Stage à la Journée ou Demi-journée souhaitée (s) :

U11 : 05/04 06/07 25/10 U13 : 06/04 13/04 08/07 13/07 27/07 20/10

U15 : 04/04 11/04 07/07 12/07 25/07 21/10 U17 : 12/04 11/07 24/10

* Champs obligatoires

Votre enfant * (Le Stagiaire)

Nom :	Club :
Prénom :	N° de Licence :
Date de naissance :	Mail :
Catégorie : U	Tél fixe :
Adresse :	Tel Portable :
Code postal :	<input type="checkbox"/> CPAM ou <input type="checkbox"/> RSI et N°SS :
Ville :	Nom et N° Mutuelle (Resp. Civile) :

Fiche sanitaire

Renseignements médicaux

Signalez ci-après un traitement médical, une ou plusieurs allergie (s) alimentaire, médicamenteuse, asthme, ...et/ou des difficultés de santé (maladie, crises convulsives...) et merci de préciser la conduite à tenir :

.....
.....

Si auto automédication, merci de le signaler – Si traitement médical en cours, merci d'apporter lors de la Journée ou Demi-journée de Stage l'ordonnance la plus récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant accompagnée de la notice).

Recommandations utiles

Notez ci-après les précautions à prendre si l'enfant porte des lunettes ou lentilles, appareils ou prothèses dentaires, ... :

.....
.....

Maladies infantiles

<input type="radio"/> Rubéole	<input type="radio"/> Varicelle	<input type="radio"/> Angine	<input type="radio"/> Rhumatisme articulaire aigu	<input type="radio"/> Scarlatine
<input type="radio"/> Coqueluche	<input type="radio"/> Otite	<input type="radio"/> Rougeole	<input type="radio"/> Oreillons	

Vaccinations

Vous référez au carnet de santé et notez les dates des derniers rappels des vaccins obligatoires :

1) Diphtérie date :/...../..... Tétanos date :/...../..... Poliomyélite/date :/...../.....

OU DT polio OU Tétracoq : date :/...../..... 2) BCG/date :/...../.....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci d'apporter un certificat médical de contre-indication lors de la Journée ou Demi-journée de Stage. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Précisez également si votre enfant est vacciné pour les vaccins recommandés suivants :

Hépatite B/date :/...../.....

Rubéole Oreillons Rougeole/date :/...../.....

Coqueluche/date :/...../.....

Autres :/date :/...../.....

Médecin traitant *

Nom et Prénom : N° de téléphone :

Autorisation parentale *

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur) :

Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Inscriptions sur le site www.pagis-beach-academy.com et déclare exact les renseignements portés sur cette fiche

Autorise

Mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre du Stage à la Journée ou Demi-journée « Découverte » de Beach-Soccer intitulé PAGIS BEACH ACADEMY organisé par PM PRESTA SPORTS

L'organisateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant

La direction à utiliser les photographies ou films de mon enfant sur des supports de communication strictement dans un cadre professionnel et sans compensations

Autorisation de sortie

Après le stage, si je ne me présente pas, j'autorise mon enfant à :

Rentrer seul

Être récupéré par Mr/Mme :N° de tél :/...../...../...../.....

Informations complémentaires

Mon enfant a connu les Stages « PAGIS BEACH ACADEMY » :

Par son club

Déjà Stagiaire en 2015

Par le flyer

Par la presse

Par internet

Par le bouche-à-oreilles

Par Facebook

Autres

A, le/...../2016

Ecrire la mention « Lu et Approuvé » et apposer votre signature :