



## 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 : ...../...../.....
<input type="radio"/> OU DT polio	<input type="radio"/> 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](http://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 ACDEMY » :

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 :