



STAGE SPORTIF

SEMAINE OLYMPIQUE

du 15 au 19 JUILLET 2024 St-Didier-en-Velay

DOSSIER D'INSCRIPTION

Fiche d'identité

- Nom : ● Prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Nom d'un responsable : père mère tuteur
- Adresse :
- Code postal : ● Ville :
- Tél. fixe : ● Email
- Portable du père : ● Portable de la mère :

Les pièces à fournir

- Copie de la carte vitale et de la complémentaire santé le cas échéant
- Fiche sanitaire complétée

Conditions financières et règlement

Tarif : **70€** par participant

Ce dossier complété doit être retourné à l'adresse ci-dessous accompagné d'un acompte de **20€** par chèque. En cas de désistement, cette somme reste acquise à l'association. Le règlement du solde du stage doit intervenir dès réception de la facture et au plus tard au 21/07/24.

Possibilité de régler par chèques-vacances. 

M./Mme parent(s)/responsable(s) de
déclarons exactes toutes les informations que nous avons fournies et demandons l'inscription de notre enfant tout en fournissant les pièces nécessaires.

Date: Signature(s):

✉ Œuvre des Enfants à la Montagne
La Fressange, 80 Chemin de la Gironde, 43140 Saint-Didier-en-Velay

Tel. : 06.23.49.53.65

secretariat.oem@gmail.com

<http://oeuvre-des-enfants-a-la-montagne.fr>



STAGE SPORTIF SEMAINE OLYMPIQUE

du 15 au 19 JUILLET 2024 St-Didier-en-Velay

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom: _____
Sexe: Masculin Féminin
Date de naissance: / /

Médecin traitant

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Dernières vaccinations

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou un certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

DT Polio (Diphtérie – Tétanos – Polio): _____ BCG : _____
Derniers tests tuberculiques : _____ Autres : _____

NB: si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

Renseignements médicaux

Si votre enfant est en situation de handicap ou s'il souffre d'une allergie, un rdv sera fixé pour établir un Protocole d'Accueil Individualisé

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez)... oui non

Lesquels ?

Difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Allergies alimentaires oui non Médicamenteuses oui non
Lesquelles ?

L'enfant suit-il : un régime alimentaire sur prescription oui non un traitement médical ? oui non
Lequel ?

NB : aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription (sauf cas exceptionnel)

Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, des prothèses dentaires, etc... oui non

Lesquels ?

Attestation du responsable de l'enfant

Je soussigné, _____, représentant légal, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et m'engage à rembourser totalité des sommes avancées.

Date : _____ Signature : _____