



Stage Archery Coaching 2010 (à remplir en lettres majuscules)

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
N° de téléphone fixe : _____ Portable : _____
Email : _____

N° de licence : _____ Catégorie : _____
Club ou compagnie : _____ Nombre d'années de pratique : _____

Taille : _____ Poids : _____ Date de naissance : / /
 Homme Femme
 Droitier Gaucher
Puissance d'arc marquée : " # Puissance d'arc réelle : _____

Discipline(s) pratiquée(s) :
 70 m 18 m Fédéral Campagne Autre

Dates retenues : du dimanche 11 (18h) au dimanche 18/07/2010 (14h)
 du lundi 26/07 (18h) au lundi 02/08/2010 (14h)

Formule retenue :
 Semaine 7 jours et 7 nuits en pension complète avec activités sportives et de détente (650 €)
 Semaine complète hors hébergement, mais avec repas du midi et activités sportives et de détente (475 €)

Pièces à joindre :

- photocopie de la licence
chèque d'acompte de 30 % du montant du stage à l'ordre des « ARCHERY COACHING » à adresser chez : Lionel Torres – 27 rue Ferdinand Pouquet - 66680 Canohès.

Remarques particulières :

Possibilité d'un hébergement anticipé pour ceux qui le souhaitent (me contacter)

J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.

Fait à _____, le _____, Signature : _____

Autorisation parentale

A remplir par le représentant légal

Je soussigné (e) père, mère ou tuteur (1) ((1) rayer les mentions inutiles),

Nom : _____ Prénom : _____
Demeurant : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél fixe: _____ Bureau : _____ Portable : _____
Email : _____

Autorise mon fils, ma fille (1) à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du stage de tir à l'arc du

du dimanche 11 (18h) au dimanche 18/07/2010 (14h)

du lundi 26/07 (18h) au lundi 02/08/2010 (14h)

organisé par l'association « Archery Coaching ».

En outre,

Cocher les cases suivantes pour signifier votre accord

J'autorise la direction du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui seraient reconnues urgentes par le médecin.

J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.

J'autorise un des membres du stage (entraîneur, athlète ou autre parent) à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou autre moyen de transport pour se rendre sur le lieu du stage ou sur les sites d'activités sportives.

En cas d'urgence, prévenir Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom : _____ Prénom : _____
Demeurant : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél fixe: _____ Bureau : _____ Portable : _____
Email : _____

N° de Sécurité Sociale de l'enfant ou du parent auquel il est rattaché :

Fait à _____, le _____.

Signature du représentant légal :
(précédé de la mention manuscrite
« Lu et approuvé bon pour autorisation »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné, 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées du centre de vacances
 Centre Sports et Loisirs de La Baillie Vallèspar
 Lieu Dit La Baillie
 66150 Artes Sur Tech
 Tél : 04 68 39 37 82
 Fax : 04 68 39 05 36

OBSERVATIONS :

.....

