

SIRAC Jean-Marc
Délégué départemental à la Formation
Domaine de Sédières – Base VTT
19320 - CLERGOUX
Tél : 06 29 65 49 25
Mail : jmsirac@hotmail.fr

FICHE D'INSCRIPTION
STAGE JEUNE - VTT



DATE DU STAGE (*)	<input type="text"/>
LIEU DU STAGE	ESPACE 1000 SOURCES DE BUGEAT (19)

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

AUTORISATION PARENTALE (ENFANT DE – 18 ANS)

Je, soussigné(e) (1) : Lien de parenté :

Demeurant (2) :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorise mon enfant (3) :

À effectuer le Stage VTT (mentionner ci-dessus)

Encadré par **SIRAC Jean-Marc**.....Téléphone : **06 29 65 49 25**.....

Autorise le responsable du stage ci-dessus, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical, concernant mon enfant cité ci-dessus

Recommandations médicales : (remplir la fiche sanitaire jointe à cette demande)

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités ou les séjours ci-dessus.

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Coût du Stage : 35 euros par personne pour les deux jours : Chèque à l'ordre du **CODEP19 FFCT**

(*) **Stages proposés :**

- **Mardi 18 et Mercredi 19 avril 2017 à 09H00 - pour les 8 – 12 ans**
- **Jeudi 20 et Vendredi 21 avril 2016 à 09H00 - pour les 13 – 18 ans**

Prévoir :

- **VTT, casque, tenue de vélo adaptée**
- **de quoi réparer**
- **des affaires de toilettes et une tenue de rechange**

Programme : - **Orientation, Pilotage VTT, Mécanique , Randonnée**

Fiche sanitaire : **Ci-dessous à remplir, sauf si l'école VTT de l'enfant en fournit une copie**

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,
(2) Adresse du père ou de la mère ou du tuteur légal,
(3) Nom, prénom de l'enfant

**FICHE SANITAIRE
DE
LIAISON**

1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA DUREE DU STAGE

RESPONSABLE DU STAGE : Jean-Marc SIRAC.....Téléphone : 06 29 65 49 25.....

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? Oui Non

Si oui, risque t'il d'en avoir besoin au cours du stage ? Oui Non

Si oui joindre à chaque sortie de l'enfant une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ANTITETANIQUE : Date du dernier rappel :

Vaccin :

Pour info : Rappels à 6, 11 et 16 ans par PENTACOQ, PENTAVAC, DT POLIO, INFANRIX QUINTA ou REVAXIS

ALLERGIES : ASTHME

Oui Non

MEDICAMENTEUSES

Oui Non

ALIMENTAIRES

Oui Non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, précautions à prendre). Indiquez éventuellement un choix préférentiel de la clinique ou de l'hôpital en cas d'évacuation sanitaire.

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... Précisez.

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mobile :

Autre :

Nom et Téléphone du médecin traitant :

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 les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :