



DATE DU STAGE	<input type="checkbox"/> Mercredi 8 février 2023 (pour les 8-12 ans) <input type="checkbox"/> Jeudi 9 février 2023 (pour les 13-18 ans)
LIEU DU STAGE CHOISI	<input type="radio"/> Lac du Coiroux (Aubazine)

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° LICENCE FFCT : CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

AUTORISATION PARENTALE (ENFANT DE – 18 ANS)

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

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorise mon enfant (3) :

À effectuer le Stage VTT (mentionner ci-dessus)

Encadré par **PLISSONNEAU René-Pierre**

Téléphone : **06 38 03 66 80.....**

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 :	10 euros : chèque à l'ordre du CODEP19 FFCT
Prévoir :	<ul style="list-style-type: none"> - Début du stage à 09H30 - Repas de midi - VTT, casque, tenue de vélo adaptée - de quoi réparer
Programme :	- Maîtrise du vélo , Randonnée
Fiche sanitaire :	Ci-dessous à remplir

(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

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 :