



FICHE D'INSCRIPTION

CAMP D'ÉTÉ 2022

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Sexe :

N° Sécurité Sociale (prenant en charge le stagiaire) :

Taille : Pack Basket : XS S M L XL

Licencié(e) : oui non Club : Pointure :

Période : Niveau : Départemental

Semaine 1 du 17 au 23 Juillet 2022 Régional

Semaine 2 du 24 au 30 Juillet 2022 National

Parents (ou représentant légal) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Téléphones :

Portable Papa : Portable Maman :

Domicile : Urgence :

Règlement

Par chèque ou par mandat à l'ordre de **PROBASKETCAMP (PBC)**. Le solde peut être réglé en plusieurs échéances, par chèque avec indication des dates d'encaissement souhaitées (la date limite impérative du dernier chèque le 31 juillet 2022). Le solde doit être payé avant le jour d'arrivée au camp. Selon la situation sanitaire, le pass sanitaire ou un test covid négatif (24H) vous sera demandé.

Désistement

En cas d'annulation avant le 10 juin, l'acompte versé vous sera remboursé moins 60€ pour les frais de dossier. Toute annulation après cette date entraînera une retenue de 100€ sur l'acompte.

	Une Semaine	Une Semaine pour deux enfants de la même famille	Deux Semaines	Deux Semaines avec le week-end sur place
Formule complète (hébergement et restauration)	420 €	800 €	800 €	840 €
Formule ½ pension (repas du midi et du soir)	330€	640 €	640 €	

Autorisation parentale

Je soussigné représentant légal de (participant) Après avoir pris connaissances des conditions générales et les ayant acceptées, demande l'inscription de mon enfant et :

- Certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile,
- Autorise la diffusion de photos sur le site internet du camp ainsi que sur les réseaux sociaux gérés par l'organisation
- Autorise toute intervention chirurgicale, anesthésie comprise, rendue nécessaire par l'urgence, après avis médical,
- Accepte de rembourser les frais médicaux ou hospitaliers engagés par Pro basket camp pour mon enfant,
- Prend note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon déroulement de celui-ci, et que ce renvoi de ce fait ne donne droit à aucun remboursement.

Pièces à joindre pour valider l'inscription :

- La fiche d'inscription avec 1 photo et les 2 Fiches sanitaires ci-dessous (consignes pour les régimes alimentaires et prescriptions médicales)
- Copie de l'attestation de sécurité sociale des parents ou de l'enfant s'il a plus de 16 ans
- **Un accusé de réception (valant inscription) vous sera retourné une fois réception**
- Questionnaire de santé FFBB ou Certificat médical récent

Conditions générales La pré-inscription ne sera pas complète si les informations de la fiche médicale ne sont pas fournies. Toutes les informations seront traitées de façon confidentielle et ne serviront qu'en cas de besoin.

Ces tarifs comprennent :

- L'hébergement et les repas (suivant formule choisie)
- 1 gourde
- Des entraînements de qualité (BE1 et BE2)
- 1 fiche de suivi individualisé
- La photo du camp, l'ensemble du camp
- Des animations annexes

Les régimes particuliers (alimentaires, traitements médicaux) doivent nous être signalés sur papier libre, daté et signé par le représentant légal. Les prescriptions médicales pourront être jointes si nécessaires.

Je soussigné, agissant en tant que parent ou tuteur légal de l'enfant inscrit, certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription.

Date et signature des parents :

TOTAL

€

Un acompte de 50% du total est obligatoire pour valider l'inscription ou le total de la somme due en plusieurs chèques.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
