



***DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE DE REPRISE
BAD'33***

***22 au 26 août 2016
Creps Aquitaine***





DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE DE REPRISE

BAD'33

Du lundi 22 au vendredi 26 Août 2016

ENFANT : Pension complète : 1/2 pension :

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CATEGORIE D'AGE : Poussin 1 () 2 (), Benjamin 1 () 2 (),
Minime 1 () 2 (), Cadet 1 (), 2 ()

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**
.....

PORTABLE PERSONNEL :

CLUB : **COMITE :**

LIGUE :

LICENCE FFBA N° : **CLASSEMENT :**/...../.....

TAILLE (pour le tee-shirt du stage) :

XS (), S (), M (), L (), XL ()

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(Si les parents ne sont pas joignables)

NOM: **TEL:** / / / /

MEDECIN TRAITANT: **TEL:** / / / /

PERSONNES AUTORISEES A VENIR

CHERCHER L'ENFANT (Si autre que les parents)

NOM : **TEL:** / / / /

NOM : **TEL:** / / / /

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e),.....

Père, Mère, responsable de l'enfant.....

Autorise le directeur du séjour à prendre, le cas échéant, toutes dispositions (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, en cas d'urgence.

Date: Signature

RESPONSABLE LEGAL

NOM ET PRENOM :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

TEL (domicile) : / / / /

PORTABLE : / / / /

TEL (professionnel) : / / / /

POSTE :

EMAIL : @

N° DE SECURITE SOCIALE :

_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant

CONJOINT :

NOM ET PRENOM :

PROFESSION : **EMPLOYEUR :**

TEL (domicile) : / / / /

PORTABLE : / / / /

TEL (professionnel) : / / / /

POSTE :

EMAIL : @

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

.....

Comment avez-vous connu ce stage ?

Flyer () ; Site Cogibad () ; Facebook () ; Bouche à oreille () ;

Site FFBaD () ; Déjà venu(e) ; Autre () .

Pièces à fournir :

- dossier d'inscription et fiche sanitaire de liaison (remplis et signés)
- photocopie de l'attestation de sécurité sociale qui couvre l'enfant
- règlement par chèque(s) à l'ordre du COGIBAD

À **COGIBAD - MDSVA - 153 rue David Johnston**
33000 BORDEAUX



DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE DE REPRISE

BAD'33

Du lundi 22 au vendredi 26 Août 2016

Demande d'autorisation à des fins pédagogiques, éducatives et informatives.

Nous, soussignés (Noms, Prénoms, Adresse)

.....
.....
.....

AUTORISONS – N'AUTORISONS PAS (rayez la mention inutile)

Messieurs Vincent ELLIAS ou Florent BLAJDA en qualité de cadres techniques départementaux, représentants le Comité de Gironde de Badminton

A PHOTOGRAPHER ET/OU A FILMER

Notre enfant :

stagiaire du stage de reprise BAD'33 2016,

ET DE PUBLIER – EXPOSER – DIFFUSER (rayez éventuellement la mention inutile)

La (les) photographies ou le (les) films le (la) représentant, pour les usages suivants :

- Publication sur le site internet du Comité (www.cogibad.org)
- DVD sur un sujet expressément désigné, à caractère pédagogique
- Présentation à titre pédagogique

L'autorisation de photographe ou de filmer mon enfant est valable pour

LA DUREE DE SA PARTICIPATION AU STAGE – LA SAISON SPORTIVE 2016/2017

La photographie ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus.

La publication ou diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication, ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent notre enfant est garanti. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et nous disposons du droit de retrait de cette photo si nous le jugeons utile.

Fait à : ... Le :

Signature des parents :



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AIGU 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 MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS