

Stage réservé aux filles
Alors rejoins-nous



STAGE PRINTEMPS 2019

Just for her

Invitations offertes pour
une rencontre du SLUC pro

Catégories U13F, U15F et U18F

Nées de 2007 à 2001 (2 ou 3 groupes par âge et niveau)

Lundi 08, Mardi 09, Mercredi 10*, Jeudi 11, Vendredi 12 Avril

de 10h à 17h, sur le site du Palais des Sports Jean Weille à Nancy,
Repas fournis par les familles.

Tarifs: 50 euros la semaine ou 10 euros la journée pour les licenciées Sluc, OFP et Liverdun
60 euros la semaine ou 12 euros la journée pour les autres Clubs.

*Mercredi 10 avril : 14h00 -20h00 (Sortie au Cosmic Jump + tournoi 3c3).

Renseignements : 03.83.95.41.43 – 06.61.56.79.97

Pré-inscription obligatoire : www.slucnancybasketasso.fr

Bulletin d'inscription stage PRINTEMPS 2019

A remplir par les parents.

Nom : Prénom : Equipe :

Club : Numéro de licence :

Numéro de sécurité sociale : Régime d'appartenance : Régime général autre :

Entourez les jours de présence : Semaine 1 L M M J V

Je joins la somme correspondant à la présence de mon enfant en chèque libellé au nom de Sluc Nancy Basket Association

Et Je remplis obligatoirement la fiche sanitaire de liaison (au verso)

Adresse E-mail des parents pour confirmation d'inscription : @

Documents à renvoyer avant le mercredi 27/03/19 (places limitées)

Au Sluc Nancy Basket Association, rue du capitaine Guynemer, 54100 Nancy

Particularités financières : Espèces, Bons Caf et Chèques Vacances acceptés (à remettre directement au secrétariat).

QF < 500 = -10% sur le solde du stage après les autres réductions déduites (sur présentation de justificatif).



Ne pas jeter sur la voie publique



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: Vaccins Obligatoires, Date des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomylélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, 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 ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE (pendant le séjour) :

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

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