

**Basket
Hand - Ultimate
Hockey - Flag ...**



STAGE HIVER 2020 **MULTISPORTS**

*Catégorie U9 Mixte
Enfants né(e)s en 2011 et 2012
Lundi 24, Mardi 25, Jeudi 27
et Vendredi 28 Février 2020*

**Invitation à un
match des PROS**

De 9h30 à 17h (accueil possible dès 8h30), au Gymnase du Placieux ou Bourguignon,
Repas fournis par les familles (Four micro-ondes).

Tarifs : 48 euros la semaine ou 16 euros la journée ou 10 euros la ½ journée pour les licenciés Sluc et clubs Partenaires*,
60 euros la semaine ou 20 euros la journée ou 10 euros la ½ journée pour les autres Clubs.

*COS VILLERS - LAXOU - BLAINVILLE - DOMBASLE - FLEVILLE

Renseignements : 03.83.95.41.43 – 06.61.56.79.97

Pré-inscription obligatoire : www.slucnancybasketasso.fr

Bulletin d'inscription stage HIVER 2020

A remplir par les parents.

Nom : Prénom : Equipe :

Club : Numéro de licence :

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

Entourez les ½ journées de présence :
MATIN L M J V
APRES-MIDI L 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 12/02/2020 (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, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCC.

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, COQUELUCHE, ALLERGIES, VARICELLE, OTITE, ASTHME, ANGINE, ROUGEOLE, MÉDICAMENTEUSES, RHMATISME ARTICULAIRE AIGU, OREILLONS, SCARLATINE.

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 ? oui non
SI 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