

Formulaire Inscription SUMMER BASKET CAMP MLB – 2021



Lieu : Gymnase Colbert, avenue Beaumarchais 78600 Maisons Laffitte.

Horaires : 9h00 à 12h30 et 14h00 à 17h00

Conditions : enfants de 9 à 17 ans. Pour les non-licenciés FFBB une attestation d'assurance extra-scolaire est nécessaire.

Déjeuner : Le repas du midi n'est pas compris dans le stage. L'encadrant reste sur place pour le déjeuner, votre enfant sera sous sa responsabilité. Le club fournit les boissons pour votre enfant ainsi qu'un goûter pour la fin de journée. Parents, pensez à préparer des sandwiches ou autres repas froids.

Tarifs : 10 € la ½ journée, 20 € la journée.

Nom prénom du stagiaire :

Nom, prénom du parent ou responsable légal :

Téléphone ou vous êtes joignable :

Le soir est uniquement accessible par les jeunes nés de 2003 à 2006.

Dates : du 5 - 9 Juillet

lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Matin Après-midi
Soir

Dates : du 12 - 13 Juillet

lundi Mardi

Matin Après-midi

Dates : du 23 - 27 Août

lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Matin Après-midi
Soir

Questionnaire COVID 19 :



Dans les sept jours qui précèdent le premier jour du stage ...

- | | O | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Avez-vous été victime du COVID 19 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous été en contact avec une personne victime du COVID 19 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous eu l'occasion d'être testé pour le COVID 19 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu de la fièvre > ou = à 38° ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu un essoufflement anormal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu une toux sèche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu des douleurs thoraciques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu des palpitations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu une perte du goût ou de l'odorat ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu une fatigue anormale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autorisation de transfert et d'intervention médicale ou chirurgicale d'urgence

Je, soussigné(e)

autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant:

Nom : Prénom :

J'accepte de prendre en charge tous les frais liés au transport ou à l'hospitalisation de mon enfant.

Renseignements médicaux concernant l'enfant (facultatif) Né(e) le :

- Groupe sanguin :
- Allergie(s) :
- Contre-indication(s) :
- Autres :

Je m'engage à venir chercher mon enfant à l'heure qui me sera indiquée. Au-delà de cet horaire, je décharge l'organisation du stage de toute responsabilité.

Fait à : Le :

Signature des parents :