



INSCRIPTION BACK TO BASKET

Camp du 16 au 18 août (né(e) entre 2011 et 2014)

Camp du 21 au 25 août (né(e) entre 2006 et 2010)



RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM & Prénom Sexe : F M

Club

Né(e) le/...../.....

Adresse

Code Postal/Ville

(Parents) E-mail Téléphone

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription | <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison |
| <input type="checkbox"/> Attestation assurance | <input type="checkbox"/> Copie du Carnet de Vaccination |
| <input type="checkbox"/> Fiche d'autorisation parentale | <input type="checkbox"/> Brevet de 25m |

RÈGLEMENT

Je m'engage à régler à l'inscription la somme de 150€ (camp du 16 au 18 août 2023)

250€ (camp du 21 au 25 août 2023)

- Espèces
- Carte Bancaire
- Chèques à l'ordre du comité de l'Indre de Basketball (Possibilité de paiement en plusieurs fois)
- Autres voir avec le comité (Chèque ANCV)

Bulletin à renvoyer au :

Comité de l'Indre de Basket-ball à l'adresse suivante : 89 allée des platanes 36000 Châteauroux

Fait à :

Le :

Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »



AUTORISATION PARENTALE CAMP BACK TO BASKET

du 16 au 18 Août 2023
& du 21 au 25 août 2023



Renseignements

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

Adresse :

Ville :

Portable mère :/...../...../...../..... Portable père :/...../...../...../.....

Mail mère :

Mail père :

Autorisation et Attestation

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant dénommé(e) ci-dessus, autorise celui-ci (celle-ci) à participer au séjour sportif nommé « Back to Basket » du :

- mercredi 16 au vendredi 18 août 2023
- lundi 21 au vendredi 25 août 2023

- J'autorise le transport de mon enfant dans les véhicules mis à disposition par le comité départemental Indre Basket-Ball
- En cas d'accident, j'autorise un responsable (dirigeant ou entraîneur) du comité départemental Indre Basket-Ball à prendre toute décision permettant son évacuation vers un centre hospitalier.
- J'autorise le comité départemental Indre Basket-Ball à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de l'activité pratiquée et à l'utiliser à des fins de communication.
- Participer aux diverses activités basket (entraînements, matches, tournois, etc....).
- Participer aux activités extra-basket, sous la responsabilité de l'encadrement du séjour ou des professionnels encadrant les activités.

J'accorde aux membres de l'encadrement du séjour sportif Back to Basket et aux représentants du comité de l'Indre de basketball la possibilité de renvoyer mon enfant si son attitude et/ou son comportement perturbe le bon déroulement de celui-ci.
Dans cette hypothèse, je m'engage à venir récupérer mon enfant au plus vite et à mes frais.
Enfin, je ne pourrai prétendre à remboursement de tout partie des droits d'inscription versés initialement.

Date & Signature du représentant légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :