



CAMP TGB : ETE 2010

JOINDRE AU DOSSIER

Chèque règlement (2 chèques si paiement en deux fois)

Certificat de non-contre indication à la pratique sportive ainsi qu'aux autres disciplines proposées (datant de moins de 3 mois)

Photocopie attestation carte vitale des parents ou de l'enfant si celle-ci a plus de 16 ans

Photocopie recto-verso de la licence FFBB .

ENVOYER DOSSIER COMPLET A :

TGB

1 QUAI DE L'ADOUR

65000 TARBES

DOSSIER INSCRIPTION

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du responsable légal :

Date naissance :

Mensurations :

taille - Poids

Adresse:

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Club :

Semaine choisie :

Du au

Du au

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I- ENFANT : NOM _____ **PRENOM** _____
SEXE _____ **DATE DE NAISSANCE** _____

II- VACCINATION (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondant au carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

| | | | |
|--|----------------|------------------------|--------------|
| Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du tetracoq d'une prise polio | RAPPELS | VACCIN PRATIQUE | DATES |
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |

| ANTIBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|----------------------|-------|----------------|-------|-------------------|-------|
| | DATES | | DATES | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| 1er vaccin | | vaccin | | | |
| Revaccination | | 1er vaccin | | | |

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez pourquoi? :

| INJECTION DE SERUM | DATES |
|--------------------|-------|
| | |
| | |

III- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? Répondre par OUI OU NON

| | | | | | | | | | |
|---------|----------|---------|--------|------------|------------|------------|--------|-----------|-----------|
| RUBEOLE | VARCELLE | ANGINES | OTITES | SCARLATINE | COQUELUCHE | RHUMATISME | ASTHME | ROUGEOLLE | OREILLONS |
| | | | | | | | | | |

Indiquez les autres difficultés de santé et précisez les dates :

IV- RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

(l'enfant suit-il un traitement, mouille t-il son lit, s'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?)

ATTESTATION

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **TEL :** _____
ADRESSE (pendant la durée du séjour) : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant,

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- accepte de rembourser les frais médicaux ou hospitaliers engagés par le FFBCamps pour mon enfant
- avoir pris connaissance des conditions générales et les accepte
- certifie que l'enfant est assuré en responsabilité civile
- prend bonne note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon fonctionnement de celui-ci
- prend bonne note que toute interruption de séjour motivée notamment par une exclusion ou par une blessure ne donne droit à aucun remboursement.

DATE : _____ **SIGNATURE :** _____