



**FICHE D'INSCRIPTION**

A retourner avec la fiche sanitaire de liaison  
A : E.B.S 24 Ter route de vue 44320 La Sicaudais

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe : ..... Né (e) le.....

Club basket : .....

Adresse : .....

Code Postal..... Ville .....

Nom parents (ou représentant légal):.....

N° s. sociale (prenant en charge l'enfant).....

Tél. domicile..... Tél. travail.....

Tél. vacances..... Tél. portable .....

ACTIVITE		
<input type="checkbox"/> Basket initiation	<input type="checkbox"/> Basket performance	<input type="checkbox"/> Basket haut niveau

**NOS TARIFS COMPRENNENT:**

- **L'hébergement pension complète,**
  - **Les activités sportives**
  - **Les activités extra basket et découverte**
  - **La cotisation d'adhésion à événement basket show (15 €)**
  - **Le transport aller / retour avec accompagnateurs de Paris au Centre Sports et Loisirs la Baillie en Vallespir.**
  - **Un Pack basket ZON² D-FENS (Short, Maillot, Sur maillot )**
- Ils ne comprends pas l'assurance annulation.**

<b>Montant du séjour de 12 jours</b>	<b>850 €</b>
Assurance annulation (15 € pour le séjour)	€
Remise à déduire (type : familiale 25 € pour le 2 <sup>ème</sup> enfant)	€
<b>TOTAL A PAYER</b>	<b>€</b>

***Séjour sans le transport : 750 €***

*(chèque à l'ordre d'EVENTEMENT BASKET SHOW)*



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N°85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ... ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM.....

SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)  
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio	VACCINS PRATIQUES	DATES
		///
		///
		///
RAPPELS		///
		///

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1er VACCIN		///		///
REVACCINATION	1er RAPPEL	///		///

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SÉRUM	DATES
	///
	///

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

	///
	///
	///

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'ENFANT MOUILLE T'IL SON LIT ?

NON  OUI  OCCASIONNELLEMENT

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON  OUI

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRÉNOMS.....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° de SS

N°Tél  DOMICILE  BUREAU  PORTABLE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable 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 :



PIECES A JOINDRE POUR S'INSCRIRE

- La fiche d'inscription complétée, avec la fiche sanitaire de liaison.
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, datant de moins de 3 mois.
- Copie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale
- Le règlement : un acompte de 200 € à l'ordre de EBS (dont 15€ d'adhésion). Le solde doit être réglé au plus tard 21 jours avant le départ. Pour une inscription à moins de 20 jours du départ, joindre la totalité du montant du stage.
- Attestation assurance responsabilité civile vie privée

QUELQUES CONSIGNES

Ni alcool, ni tabac.

Pas d'appareils électriques, téléphones portables tolérés mais hors responsabilité de ZON² D-FENS (E.B.S)

Pas d'objet précieux ou vêtements de valeur

Pas de sorties non encadrées

Le calme doit régner après 22h30

Toute gestion finance et matériels sont hors responsabilité de ZON² D-FEN (E.B.S)

ATTESTATION

Je soussigné (e), Mme, Mr.....

Mère, père, tuteur de .....

après avoir pris connaissance des conditions générales ci-jointes et les ayant acceptées, demande de l'inscription de mon enfant et :

- certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile
- autorise toute intervention chirurgicale anesthésie comprise, rendue nécessaire par l'urgence
- accepte de rembourser les frais médicaux ou d'hospitaliers engagés par l'association pour mon enfant
- prend bonne note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon déroulement de celui-ci, et que ce renvoi de son fait ne donne droit à aucun remboursement.
- De même, l'interruption du séjour, motivée entre autre par une blessure ne donne droit à aucun remboursement.

Fait à ..... le ...../...../.....  
Signature

