

**Pour que votre enfant participe au stage, il faut impérativement que le club dispose de la fiche d'inscription avant le 30 juillet.**

### **Fiche d'inscription**



Je soussigné \_\_\_\_\_,

né le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,

☐ licencié au club de \_\_\_\_\_,

☐ non licencié,

dans la catégorie

☐ U12 (2010 - 2011) ou U10 2<sup>ème</sup> année (2012)

☐ U16 1<sup>ère</sup> année (2007) ou U14 (2008, 2009)

participera au stage

☐ le 17, 18, 19, 20 et 21 Août (U14-U16)

☐ le 24, 25, 26, 27 et 28 Août (U12-U10)

Taille en t-shirt = \_\_\_\_\_  
(XS - S - M - L - XL)

### **Coordonnées des responsables légaux :**

**Parent ou responsable légal 1 :** \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

N° fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Parent ou responsable légal 2 :** \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

N° fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_,

Autorise \_\_\_\_\_ à participer au stage « Hovaliedays » ainsi que de réaliser des déplacements à pied ou en minibus (piscine, lasergame, etc...) organisé par le RCHB. J'autorise également le Bassin RCHB à diffuser des photos et vidéos sur les réseaux sociaux ou le site du club.

**Allergie(s) ou autre(s) :**

**Fait le :**

**Signature :**

## FICHE D'INSCRIPTION



### COORDONNEES DE L'ENFANT

|                        |  |                                |                                 |
|------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Nom-Prénom             |  | Date de naissance              |                                 |
| Adresse                |  | Lieu de naissance              |                                 |
| CP + Ville             |  | Fille <input type="checkbox"/> | Garçon <input type="checkbox"/> |
| Téléphone              |  |                                |                                 |
| Etablissement scolaire |  | Classe                         |                                 |

### COORDONNEES DES RESPONSABLES

|                                                                          |                               |                                  |                               |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
|                                                                          | Mère <input type="checkbox"/> | Tutrice <input type="checkbox"/> | Père <input type="checkbox"/> | Tuteur <input type="checkbox"/> |
| Nom-Prénom                                                               |                               |                                  |                               |                                 |
| Profession                                                               |                               |                                  |                               |                                 |
| Employeur                                                                |                               |                                  |                               |                                 |
| Adresse                                                                  |                               |                                  |                               |                                 |
| CP + Ville                                                               |                               |                                  |                               |                                 |
| Tél. domicile                                                            |                               |                                  |                               |                                 |
| Tél. bureau                                                              |                               |                                  |                               |                                 |
| Tél. portable                                                            |                               |                                  |                               |                                 |
| Mail                                                                     |                               |                                  |                               |                                 |
| Autre personne à contacter en cas d'urgence :<br>Nom, Prénom téléphone : |                               |                                  |                               |                                 |

|                     |                                      |                                       |                                       |                                   |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Responsable légal   | Père <input type="checkbox"/>        | Mère <input type="checkbox"/>         | Tuteur(rice) <input type="checkbox"/> | Autre :                           |
| Situation Familiale | Célibataire <input type="checkbox"/> | Séparé(e) <input type="checkbox"/>    | Divorcé(e) <input type="checkbox"/>   | Veuf(ve) <input type="checkbox"/> |
|                     | Marié(e) <input type="checkbox"/>    | Vie maritale <input type="checkbox"/> | PACS <input type="checkbox"/>         | Autre :                           |

|                    |                    |                   |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| Caisse allocataire | Numéro allocataire | Quotient Familial |
|                    |                    |                   |

### AUTORISATIONS PARENTALE

- ☐ J'autorise mon enfant à participer à des activités de plein air et à pratiquer des activités sportives
- ☐ J'autorise le centre de loisirs à prendre des photos, films de mon enfant à des fins d'utilisations internes et/ou de communication
- ☐ J'autorise mon enfant à être transporté en car ou en minibus pour des sorties pour des sorties prévues dans le cadre des activités du centre de loisirs
- ☐ J'autorise mon enfant à arriver et quitter le centre de loisirs sans responsable
- ☐ Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant .....  
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

A ..... Le .....  
Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »

Nombre de case cochée :.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

|       |          |
|-------|----------|
| NOM : | PRENOM : |
|-------|----------|

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le centre de loisirs Bresse et Saône.

### 1- **VACCINATIONS** (Se référer au carnet de vaccination)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tetra coq         |     |     |                            | BCG                        |       |

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

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un **traitement médical** ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- AUTRES (Animaux, plantes, pollen...) Oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|                      |                      |                     |                       |                                           |
|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| Rubéole<br>Oui Non   | Varicelle<br>Oui Non | Angine<br>Oui Non   | Coqueluche<br>Oui Non | Rhumatisme<br>articulaire aigu<br>Oui Non |
| Oreillons<br>Oui Non | Otite<br>Oui Non     | Rougeole<br>Oui Non | Scarlatine<br>Oui Non |                                           |

### 3- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

### 4- **RESPONSABLES DU MINEUR :**

NOM : .....PRENOM : .....

TEL DOMICILE : .....TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE.....N°SECURITE SOCIAL : .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :

Les dossiers sont traités sur l'accueil de loisirs Bresse & Saône

La réservation pour les vacances scolaires se fait par l'intermédiaire d'une fiche d'inscription distribuée ou à demander par mail.

## DOCUMENT A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT

- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Fiche d'inscription dûment complétée et signée
- ☐ Photocopie du livret de famille
- ☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques (ou copie de la licence)
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile
- ☐ Photocopie de la page des vaccins obligatoires
- ☐ Un règlement de 115€ à 95€ en fonction de votre quotient familial. Chèque à l'ordre du RCHB
- ☐ Photocopie du quotient familial de la CAF ou MSA

Document à fournir dans le cas d'un changement de situation familiale :

Séparation : copie du jugement ou justificatif légal pour une séparation ou un divorce.

## TOUT DOSSIER INCOMPLET OU IMPAYE SE VERRA REFUSE

RCHB Centre de loisirs Bresse & Saône  
Complexe sportif synthétique  
1377 Route de Saint Trivier  
01190 SAINT BENIGNE  
Mail : [cl.bressesaone@gmail.com](mailto:cl.bressesaone@gmail.com)  
Tél : 06 64 30 45 78

### Quotient familial

QF1 de 0 à 450€

QF2 de 451 à 660€

QF3 de 661 à 765 €

QF4 de 766 à 1200 €

QF5 de 1201€ à plus

### Coût du stage en fonction du quotient familial :

QF1 = **95€**

QF2 & QF3 = **105€**

QF4 & QF5 = **115€**

