

INSCRIPTION MINI-CAMPS DE SECTEUR U11

Saison 2021/2022



Ce document est à retourner impérativement au Comité par courrier postale avec le règlement pour le 20 Octobre 2021 dernier délai.

Secteur Centre Secteur Ouest Secteur Sud Secteur Est

NOM & PRENOM (enfant) :

Date de naissance :/...../.....

Club actuel :

Entraîneur(s) :

NOM & PRENOM (tuteur légal) :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Adresse mail :@.....

AUTORISATION

Je soussigné Mme/Mr (tuteur légal), déclare expressément autoriser :

- Le mineur à participer au mini-camp organisé par le Comité Départemental de Basketball (CD22),
- Le mineur cité à se déplacer seul en dehors du créneau de responsabilité-prise en charge défini par l'organisation du CD22,
- Le responsable de l'encadrement et le président de la commission technique à faire hospitaliser ou opérer mon enfant en cas d'urgence et demande à être informé(e) de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en me téléphonant au numéro indiqué en « Téléphone 1 »,
- Le CD22 à utiliser toutes les photos et vidéos prises pendant le mini-camp

A,

Le

« Lu et approuvé, Bon pour autorisation et décharge de responsabilité »

Cadre réservé au CD22

Participation financière (20€)

Reçue le :

N° chèque :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON MINI-CAMPS

Saison 2021/2022



Cette fiche sanitaire de liaison permet de recueillir des informations utiles pour la participation de votre enfant au mini-camps organisés par le Comité Départemental des Côtes d'Armor de Basket-Ball. Elle évite de nous fournir une copie de son carnet de santé.

1. INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Poids (en kg) :

Taille (en cm) :

2. VACCINATIONS

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un **traitement médical** pendant le mini-camp ? 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 déjà au les allergies et/ou les maladies suivantes ?

MALADIES	Oui	Non
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		

ALLERGIES	Oui	Non
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres : Préciser		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES

Les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....
.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes et/ou de lentilles, d'appareils auditifs et/ou dentaires, régimes alimentaires particuliers, difficulté de sommeil, comportement de l'enfant, etc... Précisez

.....
.....
.....
.....
.....

5. MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du mini-camp, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :/...../.....

Signature du représentant légal