

# INSCRIPTION MINI-CAMPS DE SECTEUR

## Saison 2023/2024



Ce document est à retourner impérativement au Comité par courrier postale avec le règlement pour le **Lundi 19 Février 2024** dernier délai.

**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-CAMP 2023/2024



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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'as pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de 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, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

**Signature du représentant légal**

.....