



Secteur Formation

Fiche d'Inscription STAGES

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident pendant votre formation et sera détruite à la fin de la formation.

Stage Sportif Judo / Athlétisme 10 au 13 Avril 2017

Photo

Le participant :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Le responsable légal :

Nom(s) & prénom(s) du responsable(s) :

Parent(s) Père Mère Tuteur/tutrice Famille d'accueil Foyer

Adresse :

Code Postal : Ville :

Contacts du représentant légal :

Domicile Portable Travail

Contact d'urgence à cas d'absence du représentant légal :

Nom & prénom : Portable

Lien avec l'enfant :

N° de sécurité sociale : Nom de l'assuré :

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU ?

Joindre une copie de la carte de sécurité sociale et de la carte de mutuelle ou attestation de CMU

La Liaison médicale :

VACCINATIONS : (vous référer à votre carnet de santé ou à vos certificats de vaccinations).

Diphtérie	à jour : oui / non	date :
Hépatite B	à jour : oui / non	date :
Tétanos Rubéole-Oreillons-Rougeole	à jour : oui / non	date :
Poliomyélite Coqueluche	à jour : oui / non	date :
ou DT polio	à jour : oui / non	date :
ou Tétracoq	à jour : oui / non	date :
BCG	à jour : oui / non	date :
Autres (préciser)	à jour : oui / non	date :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT :

Suivez-vous un traitement médical pendant le stage ? oui / non

Prendre une copie de votre ordonnance

ALLERGIES ALIMENTAIRES: oui / non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : oui / non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

ASTHME : oui / non

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

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

Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du stagiaire et s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux et du transport médical.

Date :

Signature :

Fédération Sportive et Gymnique du Travail

Comité Régional – Secteur Formation

20 Avenue St Roch – B.P. 117 – 59302 VALENCIENNES CEDEX

Tél. : 03.27.47.96.55 – Fax : 03.27.47.35.88 – Mail : fsgt.formation.hdf@gmail.com