



# 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**  
**9 AU 12 Avril 2019**

**Externat – Uniquement Matinée**

Photo

**Le participant :**

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Discipline :

Judo

Athlétisme

**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 :**