



Comité Régional  
Hauts-de-France

# 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 24 au 28 AVRIL 2023

Photo

#### Le participant :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Email :

Club :

Cochez la case\* attention les stagiaires à la semaine seront prioritaires – 22 places/jour

Semaine

24/04

25/04

26/04

27/04

28/04

#### 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 :

Domicile ..... Portable ..... Mail .....

#### Contact d'urgence à cas d'absence :

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 :**

**CHACUN RAMENE SA GAMELLE – Réfrigérateur & micro-onde sur place**

### **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 :

**Règlement à joindre à la demande d'inscription**

Fédération Sportive et Gymnique du Travail  
Comité Régional Hauts de France - Secteur Formation  
20 Avenue St Roch – B.P. 10117 – 59302 VALENCIENNES CEDEX  
Tél. : 03.27.47.96.55 – Mail : fsgt.formation.hdf@gmail.com