du lundi 22 au vendredi 26 AVRIL 2024

JUDO & MULTI-ACTIVITES

STAGE SPORTIF

6-18 ans

VEILLÉE ANIMÉE
le jeudi soir jusqu'a 21h

BILLON

JUDO

FSGT 90 ANS
1934 - 2024

TIR A LA CARABINE

9h/17h

prendre son repas
GOÛTER Offert

PROGRAMME

Judo

Billon - Tir à la carabine - Grands Jeux - Veillées

Encadrement diplômé

LIEU DU STAGE

DOJO PIERRE CUCHEVAL - AUBY
rue Jean Basptiste Lebas - 59950 AUBY

Nord
le Département est là

Inscription avant le 12 AVRIL 2024

*Facilités de Paiement

22 Places Uniquement

65 Euros la semaine / par stagiaire FSGT
90 Euros pour les non-FSGT

A la journée - 13 Euros (18 Euros non FSGT)
attention priorité aux stagiaires semaine

Restauration non comprise
prendre ses « gamelles » réfrigérateur et micro-oinde sur place

Facilités de paiement x 3

INSCRIPTION & CONTACT

Pascal
03.27.47.96.55
fsgt.formation.hdf@gmail.com

FSGT NORD 1937

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
22 au 26 AVRIL 2024

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** ☐ **22/04** ☐ **23/04** ☐ **24/04** ☐ **25/04** ☐ **26/04**

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