



FICHE INSCRIPTION 2019

DU 22 AU 26 JUILLET



Bulletin à renvoyer à :
 Hockey club caen - 8 rue jean de la varende - 14000 - CAEN
 02.31.38.86.42 - secretariat@hockeyclubcaen.com

JOUEUR

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : HOMME FEMME

DATE DE NAISSANCE :

CLUB :

POSITION :

- ATTAQUANT
- DÉFENSEUR
- GARDIEN

PARENTS

NOM :

PRÉNOM :

N° ASSURÉ SOCIAL :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TARIFS

DEMI PENSION : 500€

DEMI PENSION : 440€ pour le deuxième enfant de la même famille

PENSION COMPLÈTE : 670€

PENSION COMPLÈTE : 610€ pour le deuxième enfant de la même famille

MODE DE REGLEMENT

CARTE BLEUE : CHÈQUES : ESPÈCES : COUPON SPORTS : CHÈQUES VACANCES :
 VIREMENT : IBAN : FR76 3000 3004 4500 0372 7118 267 BIC : SOGEFRPP

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 28 MAI 2018

MODALITÉS D'INSCRIPTION :

- Remplir la fiche sanitaire de liaison
- Copie de la licence FFHG
- Acompte obligatoire de 50% du montant total, Solde le jour du début du stage

Le club se réserve le droit de pouvoir renvoyer un stagiaire dont la conduite nuirait au bon fonctionnement du stage. Ceci ne donnera pas lieu au remboursement du droit d'inscription.

Le club se réserve le droit d'annuler une semaine de stage si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant. Dans ce cas les stagiaires seront intégralement remboursés.

Les stagiaires peuvent annuler leur participation jusqu'à 3 semaines avant le début du stage et demander un remboursement intégral, passé ce délai la somme versée lors de l'inscription ne sera pas remboursée.

En cas d'annulation de la participation pour raison de force majeure (maladie, accident) le stagiaire pourra être intégralement remboursé après présentation d'un justificatif.

« en cas d'accident, j'autorise les responsables du club à faire appel aux secours d'urgences, ou à faire transporter mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus proche. Je donne l'autorisation de faire sortir mon enfant après avis médical. En cas d'urgence je donne expressément l'autorisation d'opérer. »

A : _____ le : _____ Signature : _____

Équipement du stagiaire : Équipement complet avec 2 crosses et patins affûtés. Gourde, tenue de piscine (maillot, bonnet), 2 jeux de sous-vêtements pour le hockey, claquette et une tenue de sport avec chaussures adaptées

**AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE
HOCKEY CLUB DE CAEN**

Objet : Autorisation de filmer et publier des images d'un mineur

Je, soussignée, (nom du parent/tuteur légal)

Nom : Prénom:

Autorise, à titre gratuit le Hockey club de Caen

- à filmer mon enfant (Nom et prénom de l'enfant) Lors du
Drakkars Summer Hockey Camp À Caen du **22 Juillet 2019** au **26 Juillet 2019**

- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections

- à publier ces images sur le web

- à les graver sur DVD

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite au

Hockey club de Caen

8 rue jean de la varende

14000 - CAEN

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Fait à

Le

Signature :

AUTORISATION PARENTALE POUR TRANSPORT DE MINEUR

Je soussigné(e) Monsieur/ Madame

demeurant

autorise mon enfant né(e) le

.....

à effectuer des trajets du 22/07/2019 au 26/07/2019 sous la responsabilité des responsables du stage

Si nécessaire, je demeure joignable :

Tél. mobile :

Tél. du domicile :

Tél. professionnel :

E-mail :

Par la présente, je donne mon accord pour que ces trajets soient effectués.

Fait à

le

Signature du représentant légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, 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 l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
