



BULLETIN D'INSCRIPTION ALLSTARCAMP BASKET 2020 (À RETOURNER AVANT LE 08 JUIN 2020 AU PLUS TARD)

Camp à destination des filles et garçons né[e]s entre 2008 et 2002 [U13 à U18].

Date du séjour : Du lundi 6 juillet 2020 [matin] au 10 juillet 2020 [17h].
Pension Complète [Obligatoire] au Centre d'Hébergement.

Participation Financière :

- 340€ pour stagiaire hors club d'Andrézieux Bouthéon Loire Sud Basket
- 320€ si 4 joueurs du même club extérieur
- 300€ pour stagiaire du club d'Andrézieux Bouthéon Loire Sud Basket

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Sexe : M F

Taille : CM

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

Courriel : @

Numéro de licence :
[FFBB]

Années de Basket-ball :

Club :

Niveau de compétition : Départ. Rég. Nat



ABLS BASKET - 23 RUE DES BULLIEUX - 42160 - ANDREZIEUX BOUTHEON
TEL : 06 72 46 53 45 OU PAR MAIL : ALSBASKET@WANADOO.FR



COORDONNÉES DU RESPONSABLE À UTILISER SI BESOIN DURANT LE SÉJOUR :

Adresse :

Téléphone :

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné[e].....

Père

Mère

Tuteur

De l'enfant.....

- Autorise mon enfant à participer au AllStarCamp du 06/07/2020 au 10/07/2020
- Autorise les encadrants à filmer et photographier mon enfant à des fins de communication sur les différents réseaux d'Andrézieux Bouthéon Loire Sud Basket [Site Internet, Facebook, Instagram, etc]

Signature :

À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AVEC CETTE FICHE D'INSCRIPTION :

- Fiche sanitaire de liaison [ci-jointe]
- Certificat médical [pour les non licenciés FFBB]
- Le règlement du Camp en chèque ou chèques vacances à l'ordre de l'ABLS Basket. En cas de désistement jusqu'au 08 juin 2020, 40€ de frais de dossier seront retenus.
- Une photo d'identité [sur papier simple en couleurs]
- Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale et de votre carte de mutuelle
- Une photo de la carte d'identité de l'enfant ou Livret de Famille

Signature du responsable légal :
[Précédée de la mention « lu & approuvé »]

DOSSIER A RENVoyer COMPLÈTE AVANT LE 08 JUIN 2020 À L'ADRESSE CI-JOINTE :



ABLS BASKET - 23 RUE DES BULLIEUX - 42160 - ANDRÉZIEUX BOUTHEON
TEL : 06 72 46 53 45 OU PAR MAIL : ALSBASKET@WANADOO.FR





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :