INSCRIPTION MINI-CAMPS DE SECTEUR

Saison 2024/2025

Ce document est à retourner au Comité Départemental de Basket-Ball des Côtes-d'Armor avec le règlement.

NOM & PRENOM (enfant) : .....

Date de naissance : ……/……/…….

Club actuel : .....

Entraîneur(s) : .....

NOM & PRENOM (tuteur légal) : .....

Téléphone 1 : ..... **Téléphone 2 : .....**

Adresse mail : .....

AUTORISATION

Je soussigné Mme/Mr (tuteur légal), ... déclare expressément autoriser :

- ☐ Le mineur ..... à participer au mini-camp organisé par le Comité Départemental de Basketball (CD22),
- ☐ Le mineur cité à se déplacer seul en dehors du créneau de responsabilité-prise en charge défini par l'organisation du CD22,
- ☐ Le responsable de l'encadrement et le président de la commission technique à faire hospitaliser ou opérer mon enfant en cas d'urgence et demande à être informé(e) de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en me téléphonant au numéro indiqué en « Téléphone 1 »,
- ☐ Le CD22 à utiliser toutes les photos et vidéos prises pendant le mini-camp

A .....,

Le .....

☐ *« Lu et approuvé, Bon pour autorisation et décharge de responsabilité »*

Cadre réservé au CD22

Participation financière (25€)

Reçue le :

N° chèque :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
MINI-CAMPS 2024/2025

Cette fiche sanitaire de liaison permet de recueillir des informations utiles pour la participation de votre enfant aux Mini-Camps organisés par le Comité Départemental de Basket-Ball des Côtes-d'Armor. Elle évite de nous fournir une copie de son carnet de santé.

1. INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom & Prénom : ……..
Date de naissance : ……..
Poids (en kg) : …….. **Taille (en cm) :** ……..

2. VACCINATIONS

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'as pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : *le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un **traitement médical** pendant le mini-camp ? ☐ 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 au les allergies et/ou les maladies suivantes ?

MALADIES	*Oui*	*Non*
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		

ALLERGIES	*Oui*	*Non*
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres : Préciser		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

……
……
……
……
……

INDIQUEZ CI-APRES

Les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……
……
……
……

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes et/ou de lentilles, d'appareils auditifs et/ou dentaires, régimes alimentaires particuliers, difficulté de sommeil, comportement de l'enfant, etc… Précisez

……
……
……
……
……

5. MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : ……..
Téléphone : ……..

Je soussigné, ……. responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du mini-camp, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ……/……../……

Signature du représentant légal