

| | | |
|--|---|---|
|  Ski Club Valentinois Dossier n° (Réservé au Club) | DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE N° 1 | N° CARTE NEIGE : ----- Joindre 1 photocopie ⁽¹⁾ |
| | | |

| | | | |
|-----------------------|--|------------------|---------------------------|
| LE SEJOUR : | | | |
| Lieu du séjour | Chalet des Bouchards – 38 VILLARD DE LANS | | |
| Dates | du | 27/2/2011 | au 3/3/2011 |

| | | | |
|---|--|-----------|-------------|
| VOTRE ENFANT : | | | |
| Nom | | Prénom | |
| Né(e) le | | Sexe | Nationalité |
| Souhaitez-vous une attestation de séjour ⁽²⁾ | | OUI / NON | |

| | | | |
|--|------|------|--------|
| LE RESPONSABLE LEGAL : | | | |
| Responsable ⁽²⁾ | Père | Mère | Tuteur |
| Nom et prénom | | | |
| Votre E-mail | | | |
| Adresse permanente | | | |
| Téléphone | Dom | GSM | |
| Adresse durant le stage ⁽³⁾ | | | |

| | | | |
|--|------------|-----------|------|
| RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE : | | | |
| Père | Profession | | Tél. |
| Mère | Profession | | Tél. |
| N° Sécurité sociale/clef couvrant l'enfant | | Caisse de | |
| Nombre de frère(s) et sœur(s) | | | |
| Est-il déjà parti en centre de vacances ou de loisirs ? ⁽⁴⁾ | | | |

| | | | |
|---|------------|--|--|
| CHOIX ET NIVEAU SPORTIF DU STAGIAIRE : | | | |
| JE VEUX FAIRE DU ⁽²⁾ | SKI / SURF | Médaille en ma possession ⁽⁵⁾ | |
| Lieu d'obtention | | Date d'obtention | |

| | | | |
|---------------------------------|-----------|------------------------------|--------------------------|
| J'UTILISE LE CAR DU CLUB | | | |
| TRAJET ALLER ⁽²⁾ | OUI / NON | Je monte à ⁽²⁾ | VALENCE / BOURG DE PEAGE |
| TRAJET RETOUR ⁽²⁾ | OUI / NON | Je descends à ⁽²⁾ | VALENCE / BOURG DE PEAGE |

| | | | | | | | |
|--|---|------------|--|------|--|------------|---|
| JE LOUE MON MATERIEL A VILLARD DE LANS ⁽⁶⁾ | | | | | | | |
| Bâtons | | Ski | | Surf | | chaussures | T |
| Casque | T | Poids | | | | taille | |
| Règlement | | Nom loueur | | | | Prix | |

| | | | |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|
| REGLEMENT : | | | |
| Chèque 1 | Acompte stage | 100 | €uros |
| Chèque 2 ⁽²⁾ | Reliquat stage | 280 | €uros |
| Chèque 3 ^{(1) (2)} | Adhésion/Licence | 55 | €uros |

FICHE DE RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITE

Je soussigné,
 responsable de l'enfant,
 certifie qu'il ne fait l'objet d'aucune contre-indication à la pratique du sport,
 l'autorise à participer à toutes les activités du stage et autorise le responsable
 à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues
 nécessaires. Je m'engage à rembourser au Ski Club Valentinois le montant des
 frais pharmaceutiques ou médicaux. -----
 Je déclare avoir pris connaissance du règlement et accepter les conditions
 générales d'inscription aux séjours du Ski Club valentinois. -----
 J'autorise le ski club valentinois à photographier mon enfant et à publier les
 photos sur les différents supports utilisé par le club(journal, news letter, site
 web et blog, plaquette, cédérom ...) -----
 (Mention manuscrite : « pris connaissance le xx / xx / 200x ») -----
 Signature du chef de famille :

ATTENTION : Votre dossier, pour être pris en compte, doit être complet.

COMPOSITION DU DOSSIER PAR ENFANT ET PAR STAGE:

- 1- Dossier d'inscription (page 1)
- 2- Fiche de reconnaissance de responsabilité datée et signée (page 2)
- 3- Fiche sanitaire correctement renseignée (page 3 & 4)
- 4- Certificat médical (obligatoire / imposé par la FFS)
- 5- Chèque d'acompte stage (encaissé dès réception du dossier)
- 6- Chèque reliquat stage (encaissé dans la quinzaine précédant le premier jour des stages)
- 7- Chèque Adhésion ou Licence (encaissé dès réception du dossier)
- 8- Photocopie de la licence carte neige en cours de validité

Après l'encaissement des deux premiers chèques, le directeur des stages vous fera parvenir une confirmation d'inscription précisant la date et le n° du stage auquel participe l'enfant, votre n° de dossier et le lieu de chargement et de déchargement (Valence ou Bourg de péage). Vous trouverez d'autres renseignements sur le déroulement des stages dans le fascicule du stagiaire et pour tout autre renseignement, vous pouvez prendre contact avec les responsables de la commission des stages (de préférence par E-mail).

PALLUEL-BURNET Marc Jean / 04.75.40.10.28 / 06.13.08.14.67 / marc.palluelburnet@club-internet.fr
 Georges PAGES / 04.75.85.47.58 / 06.07.35.14.19 / gps.courrier@cegetel.net
 Sébastien PAGES / 04.79.59.93.61 / 06.79.85.02.22 / sebast.pages@cegetel.net

- (1) – Joindre une photocopie si et seulement si votre club vous a déjà délivré une licence carte neige ; dans ce cas vous n'aurez à payer que l'adhésion au Ski Club Valentinois.
- (2) – Rayer la ou les mentions inutiles.
- (3) - Si différente ou si l'enfant bénéficie d'une famille d'accueil.
- (4) – Répondre par oui ou non et indiquer avec qui votre enfant souhaite partager sa chambre.
- (5) – Indiquer dernier diplôme obtenu (présenter carnet ESF)
- (6) - Indiquer la taille, le poids, le tour de tête et la peinture de votre enfant.

N°776 au B.O. du 12 septembre 1936

Agrément Ministériel J. et S N°38548445 du 13.04.1946

code APE 6712

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

DATES ET LIEU DU SEJOUR : Chalet des Bouchards – 38 VILLARD DE LANS

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT . ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN
CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBEOLE | | VARICELLE | | ANGINE | | Rhumatisme Articulaire aigu | | SCALARTINE | |
|------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------------------------|-----|------------|-----|
| OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| COQUELUCHE | | OTITE | | ROUGEOLE | | OREILLONS | | | |
| OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | | |

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRECISEZ :

.....
.....
.....
.....
.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, 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.

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL - VALIDÉ DEPUIS MOINS DE 4 MOIS*

Je soussigné, certifie avoir examiné

et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du ski et/ou du surf en compétition. (Rayer la ou les mentions inutiles.)

Nom, prénom du médecin* :

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins* :

Date* : ___ / ___ / 2010 Cachet obligatoire* :

Signature :