



STAGE D'ETE RUGBY

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM :..... Prénom :..... Né le :.....

ADRESSE:.....

.....

TEL :.....

E-MAIL :.....

CLUB :..... N° de licence :.....

Date du séjour : Du Mardi 16 aout 2022 10H30
Au Samedi 20 aout 2022 14H00

Tarif du Stage : 370 Euros

Lieu : BASE DE PLEINE NATURE DE BELLECIN
39270 ORGELET
Tel : 03 84 25 41 37 / Fax : 03 84 35 57 02

**CE DOSSIER D'INSCRIPTION EST A RETOURNER AVEC
LE REGLEMENT A :**

Maison des Territoires
36 rue Chopin, 25000 Besançon
Tel : 03 81 81 07 65 / 2002B@ffr.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		AUTRES VACCINS		
	DATES	DATES	DATES	DATES	
Du DT polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Du DT coq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Du Tétracoq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	___/___/___	ANTIVARIOLIQUE	___/___/___	AUTRES VACCINS	___/___/___
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	DATES	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	DATES	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIVRE UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : [] N° DE TEL : [] DOMICILE : [] BUREAU : []

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

FICHE DE DECLARATION D'ALLERGIES OU D'INTOLERANCES ALIMENTAIRES

Nom du Groupe :

Dates du séjour :

Nom de la personne :

Age de la personne :

	ALLERGIE	INTOLERANCE
1. Céréales contenant du gluten, à savoir blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées, et produits à base de ces céréales		
2. Crustacés et produits à base de crustacés.		
3. OEufs et produits à base d'oeufs.		
4. Poissons et produits à base de poissons		
5. Arachides et produits à base d'arachides.		
6. Soja et produits à base de soja		
7. Lait et produits à base de lait (y compris le lactose)		
8. Fruits à coque et produits dérivés		
9. Céleri et produits à base de céleri.		
10. Moutarde et produits à base de moutarde.		
11. Graines de sésame et produits à base de graines de sésame.		
12. Dioxyde de soufre (Anhydride sulfureux) et sulfites		
13. Lupin et produits à base de lupin.		
14. Mollusques et produits à base de mollusques.		

Etes vous végétarien ? OUI NON

Etes vous végétalien ? OUI NON

Etes vous végan ? OUI NON

Présentez vous d'autres Intolérances alimentaires
OUI NON

Si oui, merci de préciser lesquelles :

La personne concernée devra se signaler en cuisine à chaque service.

Date :

Signature :

Nom de la personne référente :



Statut de la personne référente :

Parent Enseignant Coordinateur Autres Précisez :

PROGRAMMATION PREVISIONNELLE DES ACTIVITES

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
7h45 à 9h	Petit déjeuner, toilette, rangement				
9h15 à 11h15	Accueil à 10h30	Activité Rugby	Activité Rugby	Activité Rugby	Activité Rugby
11h30 à 11h50	Temps libre				
12h15 à 13h20	Déjeuner				
13h30 à 16h	1 activité de plein air parmi : -Kayak -Parcours Aventure -VTT -Paddle	1 activité de plein air parmi : -Kayak -Parcours Aventure -VTT - Paddle	1 activité de plein air parmi : -Kayak -Parcours Aventure -VTT - Paddle	1 activité de plein air parmi : -Kayak -Parcours Aventure -VTT - Paddle	DEPART 14h00
17h15 à 18h45	Temps libre : goûter, piscine, douche, soins, quartier libre, rugby				
19h à 20h	Dîner (soirée barbecue, soirée fête...)				
20h à 21h45	Veillée : salle de jeu, tennis, ping-pong, billard, vidéo, soirées à thème...				
22h30	Coucher				

INFORMATIONS PRATIQUES

Hébergement : fournitures de literie type polochons, couvertures et draps sont mis à disposition au centre.

Activités nautiques : prévoir maillot de bain, coupe-vent, chaussures fermées type baskets

Activités terrestres : prévoir tenue de sport, survêtement et short, baskets, coupe-vent ou pull, affaires de rugby

Divers : prévoir gourde, casquette, crème solaire, k-way

Administratif : joindre la 'fiche de déclaration d'allergies ou d'intolérances alimentaires' et la 'fiche sanitaire de liaison' remplies.

Crise sanitaire : chaque enfant devra obligatoirement apporter sa gourde personnelle et son pass sanitaire s'il est encore en vigueur au moment du stage ; ainsi que des masques en conséquence pour les 5 jours et un petit flocon de gel hydroalcoolique personnel, par mesure de précaution.

Par mesure de prévention, un plan de circulation sera mis en place au sein du centre, le nettoyage des locaux sera plus fréquent et du savon supplémentaire sera mis à disposition dans les chambres.

L'inscription au stage sera effective à réception du dossier d'inscription complet accompagné du règlement correspondant.

Le dossier d'inscription complet comprend :

- la fiche d'inscription
- le fiche sanitaire de liaison
- la fiche de déclaration d'allergies ou d'intolérances alimentaires
- un certificat de natation (pour les activités nautiques)
- le chèque correspondant, à l'ordre de la Ligue régionale Bourgogne Franche-Comté de Rugby (le chèque sera encaissé après le stage, ou 2 chèques encaissés à 1 mois d'intervalle, chèques vacances ANCV en cours de validité acceptés, aide CAF, aide CE...).

En fonction des places disponibles, un mail de confirmation d'inscription vous sera envoyé dès que le stage sera complet.

En cas d'annulation après le 17 juillet 2022, le coût du stage restera dû.

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez vous adresser au secrétariat de la Ligue : 2002B@ffr.fr ou 03 81 81 07 65 (de 9h à 18h).

**CE DOSSIER D'INSCRIPTION EST A RETOURNER
AVEC LE REGLEMENT A :**

**Maison des Territoires
36 rue Chopin, 25000 Besançon**