

## 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 Lundi 17 juillet 2023 10H30  
Au Vendredi 21 juillet 2023 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](mailto:2002B@ffr.fr)

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CEtte FICHE A ÈTE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 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		DATES
	DATES	AUTRES VACCINS	
Du DT polio	___/___/___	.....	___/___/___
Du DT coq	___/___/___	.....	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___	.....	___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	.....	___/___/___
<b>ANTITUBERCULEUSE (BCG)</b>			
DATES		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
___/___/___		DATES	DATES
___/___/___		VACCIN	.....
___/___/___		1 <sup>er</sup> RAPPEL	.....
REVACCINATION		.....	___/___/___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

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

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**  
 NOM : ..... PRÉNOMS : .....  
 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 RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SÉJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 .....  
 ARRIVÉE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DÉPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR**

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

.....

.....

.....

**FIGHE 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Crustacés et produits à base de crustacés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. OEufs et produits à base d'oeufs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Poissons et produits à base de poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Arachides et produits à base d'arachides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soja et produits à base de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lait et produits à base de lait (y compris le lactose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fruits à coque et produits dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Céleri et produits à base de céleri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Moutarde et produits à base de moutarde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Graines de sésame et produits à base de graines de sésame.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dioxyde de soufre (Anhydride sulfureux) et sulfites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lupin et produits à base de lupin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mollusques et produits à base de mollusques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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     Coordonateur     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 : <b>-Kayak</b> <b>-Parcours Aventure</b> <b>-VTT</b> <b>-Catamaran</b>	1 activité de plein air parmi : <b>-Kayak</b> <b>-Parcours Aventure</b> <b>-VTT</b> <b>-Catamaran</b>	1 activité de plein air parmi : <b>-Kayak</b> <b>-Parcours Aventure</b> <b>-VTT</b> <b>-Catamaran</b>	1 activité de plein air parmi : <b>-Kayak</b> <b>-Parcours Aventure</b> <b>-VTT</b> <b>-Catamaran</b>	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.

**Mesure sanitaire** : chaque enfant devra obligatoirement apporter sa gourde personnelle ainsi qu'un petit flocon de gel hydroalcoolique personnel, par mesure de précaution.

\*\*\*\*\*

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 11 juin 2023, le coût du stage restera dû.**

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez vous adresser au secrétariat de la Ligue : [2002B@ffr.fr](mailto: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**