



## Fiche d'inscription

## COS Basket Camp

<b>Stagiaire :</b> Nom :  Prénom :  Date de naissance :  Catégorie basket saison 2015/2016 :
---

### Coordonnées : Parents / tuteurs (joignables pendant le séjour)

Nom (mère / père / tuteur):			
Adresse			
Téléphones (Portable / domicile / Bureau)			

### Encerclez la taille du tee-shirt souhaitée

12ans	S	M	L	XXL
-------	---	---	---	-----

### Régime alimentaire particulier (porc, viande, poisson)

--	--

Cochez la case si vous souhaitez une attestation de paiement

### Remarques :

Le stagiaire sait-il nager : Oui Non

### Moyen de transport (cochez) **IMPORTANT**

Aller	<input type="checkbox"/>	Prendra le car à Cheymol
	<input type="checkbox"/>	Se rendra par ses propres moyens sur place
Retour	<input type="checkbox"/>	Prendra le car du retour
	<input type="checkbox"/>	Sera repris en charge sur place

### Renseignements en cas d'hospitalisation

N° Sécurité Sociale :	
Nom / adresse de la mutuelle si vous en avez une :	
Nom / adresse / téléphone du médecin traitant	

***Merci de joindre une copie de votre attestation de natation***

***Attention : votre dossier ne sera pas accepté si le règlement n'est pas joint à l'inscription***

Je soussigné, .....  
**stagiaire demandeur**, approuve et m'engage à respecter le règlement et participer activement au programme prévu.

Fait à le

Signature

Je soussigné, .....  
responsable légal de l'enfant .....  
après avoir pris connaissance des conditions et du règlement, demande l'inscription de mon enfant au Cos Basket Camp.

Fait à le

Signature



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

..... *COS représenté par Pierre Jany*  
..... *49, rue André Theuriet*  
..... *.91600 Savigny-sur-Orge* .....

**OBSERVATIONS**

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