

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2018
STAGE NATIONAL D'ARBITRAGE "JEUNES ARBITRES MOINS DE 17 ANS"**

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Numéro de licence :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Portable : __/__/__/__/__

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

@ :

Arme pratiquée : Depuis :

Taille : Poids : Pointure : Droitier Gaucher

Arbitrez-vous régulièrement :

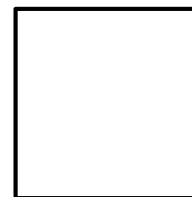
- Au niveau national (et nationale 2) Oui Non
- Au niveau régional Oui Non
- Avez-vous un plan de formation « arbitre » Oui Non
- Avez-vous participé à un ou plusieurs stages « athlète » à Vichy Oui Non

Club actuel :

@ :

Maître d'armes :

@ : Portable : __/__/__/__/__



Etat de votre activité : en nombre de jour durant la saison : Votre activité	Saison en cours	Objectif pour la saison à venir
National		
Zone		
Régional		
Départemental		
Stage		

Vos objectifs pour la saison :

.....

.....

.....

REGLEMENT INTERIEUR

Le stagiaire s'engage à respecter les règles de vie intérieure du stage « Horizon 2024 » :

- Comportement et tenue.
- Pas de tabac ni d'alcool.
- Respect des règles fondamentales (mixité, présence, horaires...).

L'équipe pédagogique tient à responsabiliser les parents et les stagiaires dans ce domaine.

Tout manquement entraînerait une exclusion du stage et le retour immédiat dans la famille.

Signature des parents :

Signature du stagiaire :

ATTESTATION DE NATATION

(A remplir par un maître nageur)

Je soussigné(e) titulaire du BEESAN n° ou du
BNSSA n° ou du BEES kayak n° ,
atteste que ; né(e) le à la capacité de
se déplacer sur un parcours de 25 mètres, avec passage sous une ligne posée et non
tendue, sans présenter de signe de panique.

Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au
moins égale à 1m80. Le départ est effectué par une chute arrière volontaire, un saut ou un
plongeon.

Date :

Signature :

Cachet de l'établissement :

*Arrêté du 20 juin 2003 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation de
pratique de certaines activités physiques dans le centre de vacances et les centres de loisirs
sans hébergement modifié par l'arrêté du 03 juin 2004.*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** ? 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 ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL** : **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL