FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

NOM ET PRÉNOM DU JOUEUR : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

	MERE	PERE
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Commune :		
TEL FIXE :		
TEL PORTABLE :		
TEL BUREAU :		
Adresse email :		

Autre contact en cas d'urgence :

NOM Prénom…… Qualité : …… TEL :……

ASSURANCE

Assureur : _____ N° de police : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____, représentant

légal de _____ ,

- ✓ autorise mon enfant à participer à la Dronninglund Cup du 04 au 11 juillet 2026.
- ✓ autorise mon enfant à participer aux animations (piscine…), sorties (mer) au programme du séjour
- ✓ autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre du séjour (site web, twitter, facebook du club)

Paiement par chèque ou virement, à l'ordre du HBC Dambach-la-Ville. Possibilité de payer en 3 fois, soit en avril, mai et juin. Le séjour doit être payé avant le départ. Le montant des tirelires individuelles est communiqué par mail. RIB du club : FR76 1027 8013 7300 0201 5870 136 BIC : CMCIFR2A

A _____, le_____/_____/2026

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

NOM ET PRÉNOM DU JOUEUR : _____

VACCINATIONS : fournir les photocopies des vaccinations sur le carnet de santé, sans omettre de noter le nom de l'enfant sur chaque photocopie (remis du carnet de santé possible sinon le jour du départ).

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

_____

- **MÉDICAMENTS : hors Ventoline et contraceptifs, les jeunes <u>ne seront pas autorisés</u> à avoir des médicaments avec eux. En cas de besoin, les médicaments devront être <u>donné</u>, avant de monter dans le bus, <u>aux coachs</u>. Ils seront obligatoirement dans un sac étanche avec les consignes écrites (ordonnance du médecin), le nom et prénom du jeune sur chaque boîte de médicaments et sur l'ordonnance.**

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases)

Rubéole		Varicelle		Scarlatine		Coqueluche	
Rougeole		Otite		Oreillons		Rhumatismes	

- L'enfant a-t-il des allergies connues ?

Asthme ☐ OUI ☐ NON

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON

Préciser le nature de ces allergies :

_____

_____

- L'enfant suit-il un régime alimentaire ? ☐ sans porc ☐ sans viande

Indiquer ici les autres difficultés de votre enfant devant être connues :

_____

_____

MÉDECIN TRAITANT : Nom : _____ Téléphone : _____

Je soussigné(e), _____, PERE, MERE, TUTEUR, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser les horaires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés pour les soins prodigués.

Fait à _____, le _____ 2026 **Signature du responsable légal :**