



CAEN ATHLETIC CLUB

CD 14 – LBNA – FFA

7, rue du carel – 14000 Caen

tel./répondeur/fax: 02 31 38 27 97

e-mail: caen.athle@wanadoo.fr

STAGE CLUB 2009 BIS

Comme vous le savez, en raison d'un problème d'accueil avec le stade de Tours, le stage prévu dans cette ville a été annulé.

Néanmoins, nous vous proposons de participer à un stage club chez nous, au stade Hélitas, aux dates initialement retenues, du **mardi 14 avril au vendredi 17 avril de 9h30 à 17h**. Chaque journée comprendra 2 entraînements.

Ce stage sportif, qui a en perspective la préparation des interclubs et des compétitions individuelles, doit aussi être un moment de convivialité. Outre les repas pris en commun le midi au restaurant, il vous est également proposé **une soirée restaurant-bowling le jeudi** et un moment de défoulement le vendredi après midi au « **Laser Game** » (pris en charge par le club).

Une participation financière de 20 € vous est demandée pour les repas du midi.

INSCRIPTION A remettre à PASCALE CAUGANT

NOM :

PRENOM :

JE PARTICIPE AU STAGE :

OUI NON

TOUS LES JOURS :

OUI NON

SI NON, QUELS JOURS :



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ 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 AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

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)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__
				__/__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	__/__/__	VACCIN	__/__/__		__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1er RAPPEL	__/__/__		__/__/__

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		__/__/__
		__/__/__

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

RUBÉOLE	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, hospitalisation, opérations, rééducations)

	__/__/__
	__/__/__
	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-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 SS | _____ | N° DE TÉL. | _____ | 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.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)
