



Stage d'été Handball
HANDBALL MANIA
SCHPG

Adresse pour l'envoi :
Saint Chamond Handball Pays du Gier
Château du Jarez
11 rue Benoit Oriol
42400 Saint-Chamond

Liste des documents à remplir :

- Fiche sanitaire de liaison (bien vérifier toutes les informations + photocopie des vaccins)
- Règlement intérieur à signer
- Autorisation parentale et savoir nager pour les activités aquatiques
- Acceptation des informations complémentaires

Tous ces documents doivent être accompagnés du règlement.

Le règlement peut être fait sous plusieurs formes :

- Par chèque (en 1 fois ou plusieurs- 4 maximum). Un échéancier de paiement sera établi.

Le chèque doit être à l'ordre du SCHPG

- Par chèques vacances
- En liquide

Nous pouvons vous fournir un justificatif de paiement et également remplir tout document des services comme les comités d'entreprise ou autre.

Informations sur le stagiaire :

NOM :

Prénom :

Club de l'enfant :

Semaine choisie : (veuillez cocher la case correspondante) :

- Semaine : du 7 au 12 juillet 2024
- Semaine : du 14 au 19 juillet 2024



Stage d'été Handball
HANDBALL MANIA
SCHPG

Renseignement Enfant/Famille

Enfant/Jeune

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Lieu de naissance

Adresse :

Responsable légal 1

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Tél Portable : Courriel :

Adresse postale :

Responsable légal 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Tél Portable : Courriel :

Adresse postale :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Médecin Traitant :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Vaccinations obligatoires :

Les vaccins de mon enfant (Diphtérie-Poliomyélite-Tétanos) sont à jour OUI (joindre une copie) NON (joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication).

Allergie(s) :

Alimentaire(s) OUI NON Si oui, à préciser.....

Médicamenteuse(s) OUI NON Si oui, préciser.....

Autre allergie ou pathologie à signaler



Stage d'été Handball
HANDBALL MANIA
SCHPG

Habitudes alimentaires :

Sans porc OUI NON Sans viande OUI NON

Autorisations :

Je soussigné(é).....

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Autorise(ent) :

- Le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (notamment appel des secours, traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Les responsables à filmer et photographier mon enfant lors de sa présence dans les différentes structures et utiliser ces documents sur les supports de communication du club du SCHPG OUI NON
- La structure d'accueil à transporter par des moyens de locomotion adaptés mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités, séjours et sorties.

Nom et prénom	N° téléphone	Lien(s) avec l'enfant
1).....
2).....
3).....
4).....

- Certifie(nt) détenir une assurance extra-scolaire et/ou une responsabilité civile pour mon(mes) enfant(s)

Nom de la compagnie :.....

N° de contrat :.....

Fait à :

Le :.....

Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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 DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS



Règlement intérieur

Stage d'été Handball HANDBALL MANIA SCHPG

Accès aux activités et installations sportives : Des chaussures de salle propres sont obligatoires pour pénétrer sur le terrain du gymnase. Pour les activités extérieures, apporter des chaussures et vêtements de sport en bon état.

Cigarettes : Il est strictement interdit de fumer durant le séjour sous peine d'exclusion.

Bijoux et Objets de valeur : Il est déconseillé d'apporter tout objet ou bijou de valeur. L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Frais médicaux ou pharmaceutiques : Pour les frais occasionnés au cours du séjour, l'association fait les avances qu'à titre provisoire. Les parents seront avisés des dépenses engagées pour effectuer le remboursement.

Portables : Les téléphones ne pourront être utilisés que sur les temps de repos ou en dehors des activités. L'association décline toute responsabilités en cas de perte ou de vol.

Argent de poche : Maximum 20 euros conseillé. L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Traitement médical : En cas de traitement médical ponctuel, les parents devront en informer le directeur du stage. Les médicaments seront remis à l'enfant chaque jour, en présence d'un animateur, dans leur emballage d'origine, avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Le nom et le prénom de l'enfant devront figurer sur chaque boîte de médicaments.

Médicaments et objets dangereux : Il est formellement interdit d'introduire dans le centre tout objet dangereux pour la vie en collectivité. Il est également interdit d'apporter et d'utiliser tout médicaments sans avis médical et sans en informer le directeur du stage.

Le directeur du stage

Signature des parents :
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'enfant :
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)



Règlement intérieur

Stage d'été Handball HANDBALL MANIA SCHPG

Règlement intérieur :

Celui-ci vous est transmis ci-dessus et sera exposé à chaque stagiaire à son arrivé.

Assurance des stagiaires :

Tout stagiaire doit avoir souscrit une assurance individuelle et responsabilité civile de particuliers.

Annulation du stage :

L'association Saint-Chamond Handball Pays du Gier se réserve le droit d'annuler le stage sous préavis de 5 jours francs, avec remboursement des sommes avancées.

En cas de désistement (hors justificatif médical) :

A compter de 30 jours avant la date du début du stage, celui-ci sera remboursé à hauteur de 50 % du prix.
Pour tout désistement avant ces 30 jours, le stage sera remboursé entièrement.

Le ____ / ____ / ____ à :

Email : _____ @

Signature (précédé de la mention « lu et approuvé »)