

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 _ L'ENFANT

NOM:..... PRENOM:.....

DATE DE NAISSANCE:.....

GARCON: FILLE:

Pratique du sport: intensive régulière ponctuelle jamais

2 _ VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
diphtérie				Hépatite B	
tétanos				ROR	
poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser	
Ou tétracoq					
BCG					

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui non
(si oui joindre une ordonnance médicale récente)

Allergies ? Asthme oui non

Médicamenteuse oui non

Alimentaires oui non

Conduite à tenir en cas d'allergie:

.....

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, prothèses) et précautions à prendre:

.....

.....;

ANIMATION

SPORTIVE

HIVER 2017



*Du 14 au 17
février 2017*

5 €

Les 4 demi-journées



Ramassage en bus prévu



*Sortie
à la
piscine de Lens*

Pour les 9 ans et plus

Renseignements:
Bureau du CLEDS
03.21.78.56.44
cleds.fr

Feuille ci-jointe à découper et garder :



Tir à l'arc



Boxe



Volley ball

Horaire du Stage :

*** Mardi 14, mercredi 15 et Jeudi 16 février 2017 :**

Activité au Stade Léo Lagrange de 14h à 17h

Départ/Retour du Bus :

- Centre Vachala :13h30/17h30
- Jean Jaurès :13h40/17h20
- Piscine : 13h50/17h10

*** Vendredi 17 février 2017 :**

Activité à la Piscine de 14h à 17h

Départ/Retour du Bus :

- Centre Vachala :13h30/17h30
- Jean Jaurès : 13h40/17h20
- Léo Lagrange : 13h50/17h10

Fiche d'inscription

A remettre dans les centres sociaux ou à envoyer au CLEDS, stade Léo Lagrange rue du chemin vert 62300 Lens avant le **Mercredi 8 Février 2017 :**

Je soussigné Parent (tuteur légal):

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __

Téléphone portable: __ / __ / __ / __ / __

AUTORISE mon fils-ma fille:

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance: __ / __ / ____ Lieu de naissance: _____

à participer au stage sportif organisé par le CLEDS

J'atteste

-que mon fils,ma fille n'a pas de contre-indication médicale à la pratique de l'activité prévue

et j'autorise en outre, le responsable à prendre, le cas échéant,toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon fils –ma fille,en cas d'urgence.

Le CLEDS dispose d'une assurance responsabilité civile associative auprès de la MAIF.

A noter que le CLEDS ne prend pas en considération les recours pour vol d'objet personnel(téléphone portable.....).

-je suis intéressé par un transport en bus

- OUI - NON

-Veuillez entourer l'arrêt de bus

VACHALA, PISCINE,JEAN JAURES,LEO LAGRANGE

-Votre enfant est il autorisé à repartir seul?

Oui Non

-Si votre enfant ne repart pas seul,veuillez indiquer le nom des personnes autorisées à reprendre l'enfant:

☐

☐