

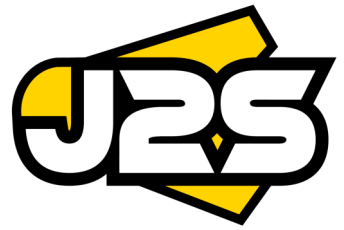
DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOUR CHOISI :

Du au

Mon adresse mail, afin de recevoir les informations concernant le séjour :

.....@.....



+ d'infos sur j2sbad.com

STAGIAIRE

NOM : Prénom :

Né(e) le : Catégorie d'âge :

Adresse :

.....

Club : Classements :/...../.....

Taille du tee-shirt : Demi-pension () ou Pension complète ()

RESPONSABLE LÉGAL (à remplir pour un stagiaire mineur)

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

E-mail : Portable :

Tél. domicile : Tél. travail :

CONJOINT

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

E-mail : Portable :

Tél. domicile : Tél. travail :

Numéro de Sécurité Sociale :

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant.

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

Comment avez-vous connu J2S ?

Réseaux sociaux () Internet () Site de badminton () Bouche à oreilles ()

Autre (préciser) :

Documents à retourner

- dossier d'inscription complété
- fiche sanitaire de liaison (si mineur)
- attestation de sécurité sociale
- certificat médical de - de 3 mois (si non licencié)
- brevet de natation de 25m (si mineur)
- règlement par chèque à l'ordre de J2S ou par virement (demande par mail)

Dossier à adresser à

CLAERBOUT Hugo,
5 rue Antoine de Lavoisier
33140 VILLENAVE D'ORNON
ou à hugo.claerbout@j2sbad.com

Tarifs séjours

Summerbad

Demi-pension.....385 euros

Pension complète595 euros

Montdebad

Demi-pension.....325 euros

Pension complète525 euros

Acompte séjours

200 euros

Réductions exceptionnelles

La totalité du stage devra être réglée avant le 1er juin.

Nous acceptons les chèques vacances.

Le règlement en 3 fois est accepté.

Réductions exceptionnelles

40 euros : inscription avant le 25/12

(Summerbad uniquement)

20 euros : inscription avant le 1/03

Je bénéficie d'une réduction de 20 euros

car :

() j'ai participé à l'édition précédente

() un membre de ma famille participe au même stage

() je parraine un autre stagiaire

Nom du stagiaire :

Aides financières

Tous nos stages jeunes sont agréés par Jeunesse et Sport.

Conditions d'annulation

Du 1er juin au début du stage, l'acompte sera retenu.

Il n'y aura aucun remboursement après le début du stage.

Fait à
le

Signature obligatoire

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal de l'enfant, l'autorise à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, accepte les conditions générales des séjours et notamment la prise et l'exploitation de photographies ou de vidéos, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou d'oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent et autorise la Direction de Jeu Set et Smatch et les responsables du séjour à prendre, au cas échéant, toutes mesures traitement, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :