

STAGE TRIATHLON EN ESPAGNE

DOSSIER D'INSCRIPTION 2018

*Le MAT et ses entraîneurs vous proposent un stage Triathlon à Tossa Del Mar
(Espagne - Costa Brava) du lundi 16 au vendredi 20 avril 2018 !*

370 €

PLANNING HEBDOMADAIRE JEUNE

DU LUNDI 16 AU VENDREDI 20 AVRIL 2018

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

PLANNING COMPLET DES DIFFÉRENTS GROUPES A RETROUVER SUR LE SITE WEB

INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT

CONTACT DE L'ADHERENT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / AGE : ANS

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Tel : 0... / / / / @MAIL :@.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

NOM : PRÉNOM : Tel : 0... / / / /

TAILLE DU TSHIRT OFFERT :

6/8 ANS

10 ANS

12 ANS

S

M

L

XL

2XL

AUTORISATION PARENTALE (POUR LES MINEURS)

Je soussigné(e) responsable légal de
..... autorise mon fils / ma fille à participer au stage organisé
par le MAT et à prendre les dispositions médicales nécessaires en cas d'urgence.

TARIFICATION

TARIF JEUNE TOUT COMPRIS	<input type="radio"/>	370 €
SUPPLÉMENT TRANSPORT BUS A/R 55 PLACES MAXIMUM		+ 0 €
SUPPLÉMENT PERSONNE ACCOMPAGNANTE * ENFANT DE MOINS DE 8 ANS	<input type="radio"/>	+ 150 €
SUPPLÉMENT PERSONNE ACCOMPAGNANTE * ENFANT DE PLUS DE 8 ANS ET ADULTE	<input type="radio"/>	+ 350 €
TOTAL		

Le règlement de la totalité du stage est exigé pour la réservation.
Un remboursement de 50% (hors déplacement) pourra être fait en cas de désistement.
Clôture des inscriptions le vendredi 16 mars.

Je n'autorise pas la reproduction et la diffusion publique de mon image reconnaissable.

Les informations contenues dans votre inscription vont être intégrées à notre base de donnée. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Ce droit s'exerce en écrivant au Montpellier Triathlon.

Signature

Fait à

Le / /

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Certificat médical daté de -3 ans d'aptitude concernée (uniquement hors MAT)
« SPORT » OU « TRIATHLON »
- Règlement du stage à l'ordre du MAT (possibilité de payer en 3 fois)
Chèques, espèces, chèques vacances et coupons sports acceptés
Paiement CB au siège social du MAT uniquement

CONTACT ENTRAINEUR RÉFÉRENT

CONTACT CLUB

SAMUEL LUGNIER
06.73.24.77.10 / samlugnier6@gmail.com

Audrey : 06.63.78.06.72 – 04.67.99.39/63
contact@montpelliertriathlon.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES 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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....