

Formulaire d'inscription Stage JudoCamp - A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

**ETAT CIVIL DU STAGIAIRE :**

**PERIODES DE STAGES :** 8 au 14 Juillet   
29/07 au 4 Août   
25 au 31 Août

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Lieux de Naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF si aide VACAF

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE :**

Personnes à prévenir :

Prénoms / NOMS : \_\_\_\_\_

Qualités : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS JUDO :**

CLUB : \_\_\_\_\_

Grade du stagiaire : \_\_\_\_\_

NOM de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SANTE :**

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il suivre un régime particulier selon son obéissance (porc...) ? OUI  NON

Si OUI lequel : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies (médicaments, alimentaires...) ? OUI  NON

Si OUI lesquelles : \_\_\_\_\_

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? OUI  NON

Si OUI lequel : \_\_\_\_\_

**Si votre enfant à des médicaments à prendre, fournir l'ordonnance aux Enseignants Intervenant.**

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**Fournir une copie de l'attestation de sécurité sociale & carte mutuelle**

Régime de prévoyance complémentaire : OUI  NON

Nom de la mutuelle ou de l'organisme assureur : \_\_\_\_\_

N° Contrat : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du Médecin Traitant : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION & ATTESTATION PARENTALE**

Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise les responsables à prendre les mesures d'urgences qui s'imposent en cas d'accident et autorise les déplacements dans les véhicules des responsables.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature :

vous atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente

Le \_\_\_\_\_  Demande Facture Stage (\*envoi par email)

**INFORMATION CAMPING :**

Tente :  OUI  
 NON

Si oui, nombre de places : \_\_\_\_\_