BULLETIN D'INSCRIPTION
URB CAMP
SESSION SUMMER 2024

SESSION 1 (8-12 Juillet)	☐ Demi-pension (250€)	☐ Internat (350€)
SESSION 2 (13-17 Juillet)	☐ Demi-pension (250€)	☐ Internat (350€)
SESSION 1&2 (8-17 Juillet)	☐ Demi-pension (450€)	☐ Internat (630€)

- Nom :
- Prénom :
- Date & lieu de naissance :
- Adresse :
- Téléphone :
- E-mail :
- Club :
- N° de licence :
- Remarques (*allergies, régimes alimentaires, hygiène, etc...*) :

Veuillez remplir la fiche sanitaire jointe à ce document et nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport en compétition, si votre enfant n'est pas licencié.

Je soussigné(e), , responsable légal de

☐ l'autorise à participer à toutes les activités du camp

☐ autorise le Directeur, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires

☐ autorise la publication sur le site Internet de planete-urb.com et sur les réseaux sociaux, de photos ou d'images de l'enfant nommé ci-dessus, prises à l'occasion du camp

Conditions de paiement

- Remboursement complet sauf 10€ de frais de dossier en cas d'annulation du camp de notre part
- Remboursement intégral, sauf frais de dossier à J-8 et remboursement à 50% à J-3 si annulation de votre part
- Pas de remboursement à partir de J-2
- Acompte de 50% lors de l'inscription à recevoir pour valider l'inscription
- Possibilité de payer en 3 fois (sans frais) par chèque avec date d'encaissement des chèques au dos
- Chèques vacances acceptés
- Paiement en ligne possible via la plateforme Weezevent (voir site)
- Paiement en liquide possible
- Inscription et règlement (chèque ou liquide) à retourner par mail (camp2024@planete-urb.com) et/ou par voie postale à l'adresse suivante : URB, 12 Bd Albert 1er 35200 RENNES

GEET

Des collants différents

Des collants de la marque «GEET» seront mis en vente lors du camp. N'hésite pas à aller faire un tour sur leur site internet : **www.geetfrance.com**

Tu peux également le pré-commander pour l'avoir dès le 1er jour du camp en cochant les cases suivantes :
(règlement en chèque ou espèce lors du camp)

☐ Collant 1 jambe (22,99€)
☐ Collant 2 jambes (24,99€)

☐ Noir
☐ Blanc

☐ Taille S
☐ Taille M
☐ Taille L

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

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. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	**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 antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

Allergies: **ASTHME** oui ☐ non ☐ **ALIMENTAIRES** oui ☐ non ☐ **MEDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

_____

_____

En cas de régime alimentaire, précisez :

□ **SANS VIANDE** □**SANS PORC**

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

_____

_____

_____

_____

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

_____

_____

_____

BAIGNADE : SAIT NAGER □ SE DEBROUILLE □ NE SAIT PAS NAGER □

Observations diverses :

_____

_____

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM_____PRÉNOM _____

ADRESSE _____

_____

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :_____portable :_____travail: _____

Père : domicile :_____portable :_____travail: _____

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.

Médecin traitant :

Nom:_____Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date : Signature: