



Pro Evénements Echecs



« Le service premium pour les séjours »
Association déclarée au JO du 02/07/2016
SIRET N°82141025500011

DOSSIER D'INSCRIPTION

TOURNOI :

DATE :

Renseignements sur votre enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe (F/M) : _____ Elo : _____

Téléphone fixe : __.__.__.__.__ Mobile de l'enfant: __.__.__.__.__

Mobile du père : __.__.__.__.__ Mobile de la mère: __.__.__.__.__

E-mail des parents : _____

Renseignements médicaux : Remplir et imprimer le cerfa joint



AUTORISATIONS :

OPEN DE..... DU.....AU.....

- TRANSPORT :

Je soussigné _____ autorise mon enfant _____ a être transporté, en cas de besoin, pendant toute la durée de l'Open par les encadrants de mon enfant lors de cette semaine ou par les membres du staff de l'organisation de l'Open.

J'ai connaissance que ces derniers utiliseront leurs véhicules personnels.

Date et Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

- ASSURANCE :

Je soussigné _____ représentant légal de _____ atteste avoir pris connaissance que le séjour organisé par PRO EVENEMENTS ECHECS se déroule dans le cadre d'un accompagnement en compétition fédérale et non d'un séjour homologué par la Direction Départementale Jeunesse et Sport. Mon enfant est donc assuré par mon assurance personnelle.

Date et Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e) et/ou interviewé(e)

Je soussigné(e):

Nom :

Prénom :

Adresse :

*(pour les parents de stagiaire mineur) Responsable de :

Code postal : Ville :

Autorise l'association Pro Evénements Échecs, dans le cadre des stages d'échecs, pour TYPE DE SUPPORT CONCERNE (site internet, réseaux sociaux, newsletter....) à* :

- me filmer, **ou filmer mon enfant*
- me photographier, **ou photographier mon enfant*
- m'interviewer, **ou interviewer mon enfant*
- utiliser mon image, **ou utiliser l'image de mon enfant*

(* Rayez les mentions inutiles, le cas échéant)

En conséquence, j'autorise Kevin Terrieux, propriétaire du site web www.pro-evolution-echecs.com, et des réseaux sociaux associés à **fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public** les films, les photographies pris(es) dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s : directement par le propriétaire du site/du journal/de la newsletter, etc. sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), dans le monde entier, sans aucune limitation, intégralement ou par extraits.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à, le

Signature de la personne photographiée, filmée et/ou interviewée *
précédée de la mention « bon pour autorisation »