|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | GdC | **Guide du Comité**Fiche d’inscription CDESaison 2023 - 2024 | Mise à Jour:30-08-2022Entrée en vigueur:01-09-2021Validité: permanente |
|  |  |  |  |

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : CODE POSTAL : LOCALITE :

Tél. Domicile :
Tél. portable 1 :
Tél. portable 2 : (si nécessaire)

EMAIL 1 : EMAIL 2 (si nécessaire) :

CLUB : CATEGORIE : N° DE LICENCE :
NOM(S) ENTRAINEUR(S) :
Nombre d'heures hebdomadaires d'entrainement en club : Créneau(x) entrainement(s) club :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE Fréquenté cette année (NOM & COMMUNE) : CLASSE :

**Autorisation Parentale**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tuteur légal du licencié mineur) autorise mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nom, Prénom de l’enfant),
à participer aux séances hebdomadaires du Centre Départemental d’Entrainement de Badminton.

N° de téléphone à joindre en cas d’urgence : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Je soussigné(e) ..........................................responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A ................................. le ...................
Lu et Approuvé
Signature

**Fiche Sanitaire**

**1. ENFANT**

* **NOM : Prénom :**
* **Date de Naissance :**
* Poids : Taille :
* N° de sécurité sociale :
* Nom du Médecin traitant : .................................................................................

**2. Vaccinations :**

Se référer au carnet de santé de l’enfant, ou aux certificats de vaccinations de l’enfant.

**VACCINS OBLIGATOIRES**

Diphtérie Tétanos Poliomyélite

**OUI**  **NON DATES DES DERNIERS RAPPELS**

**VACCINS RECOMMANDES**

Coqueluche
Haemophilus Rubéole – Oreillons – Rougeole - Hépatite B
Pneumocoque
BCG
COVID 19
Autres (préciser)

**DATES**:

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3. Renseignements médicaux / recommandations utiles des parents :**

Votre enfant est-il allergique (asthme, médicaments) ou a-t-il des difficultés de santé (précautions éventuelles à prendre) : ............................................................................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................................................................