

Ce document à retourner **impérativement** au Comité  
par courrier postal ou par mail  
**pour le 16 OCTOBRE 2025 DERNIER DELAI**

**INSCRIPTION  
(MINI CAMP/ 10-2025)**

Nom-Prénom (enfant) :

.....

Né le : .....

participera

ne participera pas

(motif ..... )

Au mini camp du 20/10 et 21/10/2025

Nom-Prénom (tuteur légal) :

.....

souhaite recevoir les documents de convocation  
par e-mail : oui-non

@ : .....

**Cadre réservé au CD22BB  
Participation financière (45€)**

reçue le  
n° de chèque :

**RENSEIGNEMENTS**

**TELEPHONES**

1	
2	
3	
4	

**INFORMATIONS IMPORTANTES**

**La fiche sanitaire jointe est à remplir obligatoirement**

**BASKET**

Club 2024/2025	
Club 2025/2026	
Entraîneur(s) 2024/2025	

**AUTORISATIONS**

Je, soussigné(e) Mme- Mr (tuteur légal),

.....  
déclare expressément autoriser :

le mineur

.....,

à participer au stage organisé par le Comité  
Départemental de Basket Ball (CD22 BB),

le mineur cité à se déplacer seul en dehors du  
créneau de responsabilité-prise en charge défini  
par l'organisation CD22BB (voir convocation),

le responsable de l'encadrement et le président  
de la commission technique à faire hospitaliser  
ou opérer mon enfant en cas d'urgence et  
demande à être informé(e) de toute décision  
d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale  
en me téléphonant au n° indiqué en 1 ,

le CD22 BB à utiliser toutes les photos et vidéos  
prises pendant le stage.

A ....., le .....

**« Lu et approuvé. Bon pour autorisation et décharge  
de responsabilité »**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....