

Ce document à retourner **impérativement** au Comité
par courrier postal ou par mail
pour le 09 AVRIL 2026 DERNIER DELAI

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

Nom-Prénom (enfant) :

.....

Né le :

☐ participera

☐ ne participera pas

(motif)

Au mini camp du 13/04 et 14/04/2026

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 :