

SIRAC Jean-Marc  
Délégué départemental  
à la Formation

Domaine de Sédières – Base VTT  
19320 – CLERGOUX Tél : 06 29 65 49 25  
Mail: [ffct.correze@free.fr](mailto:ffct.correze@free.fr)

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**STAGE JEUNE - VTT**



DATE DU STAGE (*)	MARDI 22 OCTOBRE - MERCREDI 23 OCTOBRE <i>(rayer la mention inutile)</i>
LIEU DU STAGE	AUBAZINES – RENDEZ-VOUS ROCHESSEUX (ROUTE DU COIROUX)

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

N° LICENCE FFCT : CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

**AUTORISATION PARENTALE (ENFANT DE – 18 ANS)**

Je, soussigné(e) (1) : Lien de parenté :

Demeurant (2) :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorise mon enfant (3) :

À effectuer le Stage VTT (mentionner ci-dessus)

Encadré par **SIRAC Jean-Marc** .....Téléphone : **06 29 65 49 25** .....

Autorise le responsable du stage ci-dessus, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical, concernant mon enfant cité ci-dessus

Recommandations médicales : (remplir la fiche sanitaire jointe à cette demande)

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités ou les séjours ci-dessus.

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

<b>Coût du Stage :</b>	<b>10 euros : chèque à l'ordre du CODEP19 FFCT</b>
<b>(*) Stages proposés :</b>	<b>- Mardi 22 octobre 2019 à 09H30 - pour les 8 – 12 ans</b> <b>- Mercredi 23 octobre 2019 à 09H30 - pour les 13 – 18 ans</b> <i>(rayer la mention inutile)</i>
<b>Prévoir :</b>	<b>- Repas de midi</b> <b>- VTT, casque, tenue de vélo adaptée</b> <b>- de quoi réparer</b>
<b>Programme :</b>	<b>- Maîtrise du vélo , Mécanique , Randonnée</b>
<b>Fiche sanitaire :</b>	<b>Ci-dessous à remplir, sauf si l'école VTT de l'enfant en fournit une copie</b>

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,  
(2) Adresse du père ou de la mère ou du tuteur légal,  
(3) Nom, prénom de l'enfant

**FICHE SANITAIRE  
DE  
LIAISON**

**1. ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA DUREE DU STAGE**

RESPONSABLE DU STAGE : **Jean-Marc SIRAC** .....Téléphone : **06 29 65 49 25** .....

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ?

Si oui, risque t'il d'en avoir besoin au cours du stage ?

Si oui joindre à chaque sortie de l'enfant une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**ANTITETANIQUE** : Date du dernier rappel :

Vaccin :

*Pour info : Rappels à 6, 11 et 16 ans par PENTACOQ, PENTAVAC, DT POLIO, INFANRIX QUINTA ou REVAXIS*

**ALLERGIES** : ASTHME                      MEDICAMENTEUSES  
                  ALIMENTAIRES                    AUTRES

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, précautions à prendre). Indiquez éventuellement un choix préférentiel de la clinique ou de l'hôpital en cas d'évacuation sanitaire.

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... Précisez.

**4. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mobile :

Autre :

Nom et Téléphone du médecin traitant :

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 les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :