



Stages moto Cross – Enduro – Trial  
Hébergement – Restaurant – Piscine – Camping

NOM	:	.....
Prénom	:	.....
Age	:	.....

## FICHE SANITAIRE

Imprimé à remplir et **A RENVoyer IMPERATIVEMENT** avec le bulletin d'inscription, la copie de la carte d'assuré social, l'assurance complémentaire et le chèque (à l'ordre de CFO) de la totalité des frais du séjour à Espace Loisirs Boade - CFO – Quartier Boade – 04 330 SENEZ – Tél : 04.92.34.22.94 Fax : 04.92.34.26.82 – E mail : boade@wanadoo.fr au minimum 15 jours avant le début du séjour, ou à remettre au secrétariat du centre dès votre arrivée, dernier délai !

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT LE STAGIAIRE NE POURRA PAS ÊTRE ACCUEILLI SUR LE CENTRE

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mlle, M. .... né(e) le ..... à .....

ne présente aucun danger de contagion, et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique de la moto.

Fait à ..... le ..... Signature et cachet (obligatoires) du médecin consulté.

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Maladies déjà contractées** (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- |                                      |                                     |                                  |                                    |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Typhoïde    | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite   | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Rougeole   | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angines   | <input type="checkbox"/> Hépatite B |                                    |

Autres maladies ..... Allergies (asthme, médicamenteuses, alimentaires, autres) précisez .....

**Date des vaccinations ou injections subies** (joindre photocopies)

BCG ..... IDR  positive  négative Date du virage : .....

Diphtérie : date du dernier rappel .....  Tétanos : date du dernier rappel .....

Tétanos : date du dernier rappel .....  Coqueluche : date du dernier rappel .....

Polio ou DT Polio ou Tétracoq : date du dernier rappel

Sérum ..... Contre-indications .....

Si des contre-indications médicales existent, demander à votre médecin traitant de les indiquer sur le certificat médical.

**Suivez-vous actuellement un traitement ?**  Non  Oui .....

Dans ce cas n'oubliez pas de joindre l'ordonnance récente aux médicaments dans leurs emballages d'origine. Aucun médicament ne pourra être pris sans son ordonnance.

Consignes particulières (portez-vous des lentilles, lunettes, prothèses...) précisez : .....

Fait à ..... le ..... Signature et cachet (obligatoires) du médecin consulté.

## AUTORISATION DE SOUS-SIGNATIONS MEDICAUX POUR LES MINEURS

A remplir par les parents. En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le centre.

Je soussigné (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale) .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Tél domicile ..... Tél bureau .....

N° de sécurité sociale .....

Autorise les responsables de L'ESPACE LOISIRS BOADE – CFO à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, a mineur.

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... Sexe .....

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Tél domicile ..... Tél bureau .....

Je m'engage à rembourser à l'ESPACE LOISIRS BOADE - CFO l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte. Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à ..... le ..... Signature (obligatoires, précédée de la mention « lu et approuvé »).

## REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE

Le stage de l'Espace Loisirs Boade - CFO fait l'objet d'un accord entre 3 parties : les parents responsables du fait de leur enfant mineur, l'enfant mineur qui suit le stage et l'Espace Loisirs Boade - CFO. La participation de l'enfant mineur aux activités sportives prévues a donc un caractère obligatoire. Pour pratiquer 5 à 6 h de sport par jour, il convient de respecter quelques règles d'hygiène et de vie simple : alimentation adaptée, temps de sommeil suffisant ; Même pour les plus grands, interdiction de fumer ceci par respect pour les autres participants au séjour, la loi imposant d'assurer la protection des non-fumeurs. De plus l'Espace Loisirs Boade - CFO, en application des dispositions réglementaires relatives à l'accueil d'enfants mineurs dans son centre rappelle que la consommation d'alcool y est interdite et souligne également l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Plus généralement, dans le cadre des articles 627 et 627.2 du Code de la santé Publique, l'Espace Loisirs Boade - CFO veille à interdire la vente et aussi la simple consommation de « substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants » durant le stage. De même, le régime des sorties est contrôlé et les enfants mineurs s'engagent à respecter les horaires convenus avec l'équipe d'encadrement et les règles de vie du centre. Le non respect du règlement interne pourra entraîner une mise au point avec les parents ou tuteurs, et selon le caractère de gravité, en cas de faute constatée justifiant un départ immédiat, l'enfant mineur pourra être renvoyé chez lui par le Directeur. Dans ce cas, aucun remboursement ou avoir ne sera accordé, et les frais de retour et d'accompagnement seront en outre facturés à la famille ou à la collectivité locale, L'Espace Loisirs de Boade-CFO conservera l'intégralité des sommes déjà versées, le solde devant être réglé dans les meilleurs délais.

Signature des Parents

Signature du Mineur

### Autorisation pour les mineurs

Je soussigné M..... autorise mon fils, ma fille, à participer au stage et dégage toute responsabilité à la Direction des stages.

Signature :