

# FICHE D'INSCRIPTION

## STAGE BARCELONE



### INFORMATIONS GENERALES

#### Informations personnelles

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe: H F

Niveau :

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse: .....

Ville : ..... Code postal : .....

Pays : .....

Numéro de portable : .....

E-mail : .....

#### Informations Parents

NOM/Prénom : Père : ..... / .....

Mère : ...../ .....

Situation familiale : .....(mariés, séparés...)

#### Contact : 1 Adresse postale

Père : .....

Mère : .....

#### 2 adresses mail/téléphone (s):

Père : .....

Mère : .....

# FICHE MEDICALE

Avez-vous une condition médicale particulière? Oui Non  
Si oui, précisez .....

Prenez vous des médicaments, vitamines, compléments alimentaires? Oui Non  
Si oui, précisez .....

Avez-vous des allergies (médicamenteuses ou autres)? Oui Non  
Si oui, précisez: .....

Portez-vous des lunettes de vue? Oui Non  
Portez-vous un appareil dentaire? Oui Non

Avez-vous un problème d'ordre psychologique/psychiatrique? Oui Non  
Si oui, précisez: .....

Avez-vous des difficultés d'apprentissage? Oui Non  
Si oui, précisez: .....

Veillez à fournir une copie du suivi des vaccins obligatoires (anti tétanique, ROR, Tuberculose)

Observations particulière que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'Académie (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....  
.....  
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

.....  
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

## EN CAS D'URGENCE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nom et adresse des parents ou du responsable légal .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance : .....

En cas d'accident, Campus Tennis s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides

N° de téléphone du domicile ou portable : .....

N° du travail du père : .....

N° du travail de la mère: .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Ce document certifie que

Mr/Mme.....parents de

.....  
autorisent Campus Tennis à accomplir en leurs noms, les actes nécessaires en cas d'hospitalisation entraînant l'obligation d'intervention de toute nature (incluant l'opération chirurgicale).

Date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature des Parents /Tuteur