CLUB DES SPORTS DE TIGNES
Maison de Tignes 73320 TIGNES
Tél. 04 79 40 01 52
info@clubdessports-tignes.com
www.clubdessports-tignes.com

Coller une photo d'identité récente et en bon état

SECTION GLISSE - 2018/2019
FICHE D'INSCRIPTION

Forfait: assurez-vous que vous disposez toujours du support de l'an dernier

COORDONNEES

- **NOM** _____
- **PRENOM** _____
- **DATE DE NAISSANCE** _____
- **NATIONALITE** _____
- **ADRESSE PERMANENTE** _____
- **AUTRE ADRESSE (préciser)** _____
- **TELEPHONE** **Fixe** _____ **Hors Tignes (préciser)** _____
- **PORTABLE** **Mère** _____ **-> Préciser si nom de famille différent** _____
  Père _____
  Coureur _____
- **E-MAIL** _____

GROUPE D'ENTRAINEMENT
* ne pas remplir

merci d'écrire lisiblement et de nous signaler tout changement d'adresse

SCOLARITE

- **CLASSE** _____ • **ETABLISSEMENT** _____

MEDICAL

- Pour le renouvellement de licence, le certificat médical datant de moins d'1 an est maintenant valable pendant 3 ans - Remplir simplement le questionnaire médical ci-joint
- **Pour la délivrance d'une 1ère licence au CS Tignes, la présentation du certificat médical est obligatoire**
- Remplir et retourner obligatoirement la fiche sanitaire de liaison ci-jointe

DOCUMENTS A PREVOIR POUR POUVOIR LES FOURNIR LORS D'UN DEPLACEMENT SUR LA SAISON

- Attestations de la carte vitale et de la mutuelle (ou photocopies)
- Carte d'identité ou passeport
- Carnet de santé

En cas de déplacement à l'étranger :
- Autorisation de sortie de territoire + copie passeport signataire de l'autorisation
- Carte européenne d'assurance maladie

COTISATION (= DROIT D'ENTREE + LICENCE FFS)

- **1. DROIT D'ENTREE**

POUR LES JEUNES NES EN 2008 et avant (à partir de Poussins)

☐ 1er enfant	170 €
☐ 2ème enfant	155 €
☐ 3ème enfant	135 €

POUR LES JEUNES NES EN 2009 (Microbes 2)

☐ 1er enfant	155 €
☐ 2ème enfant	135 €
☐ 3ème enfant	115 €

- **2. LICENCE FFS**
  - ☐ Pour les jeunes nés en 2003 et avant — 131 €
  - ☐ Pour les jeunes nés en 2004 et après — 105 €

  à ou à

  ☐ 101 € Réduction de 30 € pour les titulaires de la carte "Pass Région" (lycéens)
  Copie obligatoire de la carte à l'inscription.

- **TOTAL (1. + 2.) Droit d'entrée + Licence FFS =** _____ € ← A REMPLIR

Règlement à joindre obligatoirement avec cette fiche ☐ **Chèque (à l'ordre de C.S. Tignes)** ☐ **Espèces**

PARTICIPATION FINANCIERE POUR LES DEPLACEMENTS

Pour la saison 2018/2019, chaque déplacement avec nuitée en dehors de Tignes fera l'objet d'une **participation financière de 39€ par nuit**.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant _____
à participer aux séances d'activités physiques et sportives organisées dans le cadre de la Section Glisse du Club des Sports de Tignes : entraînements, compétitions, déplacements, stages. En outre, j'autorise les responsables du Club à prendre toutes dispositions jugées utiles par eux en cas d'accident survenant durant ces séances.
Lors des déplacements, j'accepte que mon enfant soit transporté par un entraîneur ou un chauffeur bénévole, et je dégage le Club de toute responsabilité en cas d'accident pouvant arriver pendant ces transports.
En cas de perte ou de vol durant les séances, d'objets ou matériels appartenant à mon enfant, l'Association Club des Sports de Tignes ne sera en aucun cas responsable du préjudice.
Cette inscription vaut acceptation du règlement intérieur de la Section Glisse (document consultable au Club ou sur le site internet).

Fait à _____, le _____

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	**PRENOM :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours,
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen…) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler).**

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : ..... **PRENOM :** .....

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

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : .....**(OBIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL** ☐