**Stage n°1 Du 02 juillet au 06 juillet 4 🡪 8 ans**

**Stage n°2 Du 02 juillet au 06 juillet 8 🡪 12 ans**

**Stage n°3 Du 09 juillet au 13 juillet 4 🡪 8 ans**

**Stage n°4 Du 09 juillet au 13 juillet 8 🡪 12 ans**

**Stage n°5 Du 06 août au 10 août 4 🡪 12 ans (3groupes d’âges)**

**Stage n°6 Du 20 août au 24 août 4 🡪 12 ans (3groupes d’âges)**

**Stage n°7 Du 27 août au 31 août 4 🡪 12 ans (3groupes d’âges)**

*9h-16h / Garderie 8h - 17h.*

Adresse du stage ; Rue César Depaepe, 43 à 4683 Vivegnis.

**FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE**:

**Identité de l'enfant:**

Nom : ...........................................................................................................…...................

Prénom : ........................................................................................................….................

Date de naissance : ............................................................................................................

Adresse complète : .........................................................................................................…

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom ...........................................................................................................…......

Prénom :...........................................................................................................…

Adresse.......................................................................................…………..........

Téléphone : ..................................................

**Données médicales:**

Nom et Téléphone du médecin traitant .............................................................................

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies ou accidents:…………..................

Est-il été vacciné contre le tétanos ? OUI - NON

En quelle année ? ............... Rappel ? ......................................

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible a des médicaments ? OUI – NON

Si oui, lesquels ?

a certaines matières ou aliments? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies ou accidents:

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

Est-il atteint d'une affection qui pourrait poser un problème lors de son camp?

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

Votre enfant est-il sujet a des troubles de comportement (colère - fugue -...) ?

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

Autres renseignements utiles ? OUI – NON

**Personne(s) avec qui l’enfant peut retourner :**

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

Date et Signature le..../..../....

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

Veuillez coller ci-dessous la vignette de Mutuelle de votre enfant

**Cette fiche de santé, doit être remise au moniteur le 1er jour du stage.**

Le paiement du stage devra être effectué sur le compte bancaire :

**BE15 3634 1281 1630**

Communication : **« Date stage + Nom-Prénom de l’enfant »**

En cas de non-paiement, nous nous réservons le droit de refuser l’inscription de votre enfant lors d’un prochain stage.

**ATTENTION** : En cas de maladie, le stage ne sera remboursé qu’à concurrence de

50 % sur présentation d’un certificat médical, pour autant que celui-ci ne soit pas commencé. Aucun autre motif ne sera pris en compte pour le remboursement.

D’avance merci, sportivement. Le comité du Judo Team Hermée.