



# Gym Club Ruthénois

## Stage « Gym Passion » 2025/2026

### VALIDATION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant :

- ❖ Mail récapitulatif reçu après l'inscription en ligne
- ❖ L'autorisation parentale /Droit à l'image (feuille ci-jointe)
- ❖ La fiche sanitaire de liaison (fiche ci jointe)
- ❖ Le règlement de la totalité du stage

Une fois votre dossier complet, vous recevrez un mail de confirmation d'inscription.

**Dossier à retourner au moins 15 jours avant le premier jour du stage choisi**

### PRIX DU STAGE VACANCES

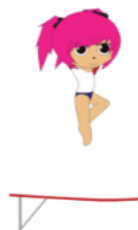
Le prix du stage vacances de 5 jours est de 170€. Vous avez la possibilité de régler en 2x (par chèque)

### DIVERS

**Horaires du stage « Gym Passion » : de 10h00 à 16h00**

Un accueil sera mis en place de 9h00 à 10h00 et de 16h00 à 17h00

**Pour les repas, merci de prévoir le pique-nique (chaud ou froid)**





# Gym Club Ruthénois

## AUTORISATIONS / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise l'enfant \_\_\_\_\_  
à participer aux activités organisées dans le cadre du Stage vacances « Gym Passion ».

J'autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui seraient ordonnées par le médecin.

J'autorise le club du GCR à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (publicité, communication), sans demander d'indemnisation.

J'autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités.

L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.

Lors du stage, chaque enfant recevra un cadeau floqué à son effigie (prénom). Les renseignements demandés ci dessous sont nécessaires à la commande de ce dernier.

*NB : Les t-shirt étant personnalisés avant le stage, nous ne pourrons changer la taille si elle ne convient pas.*

Prénom à floquer : \_\_\_\_\_

Fait à ....., le.....

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé – bon pour autorisation »)



### 1 – ENFANT :

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :

**Dates Stage « Gym Passion » :**

---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Covid 19	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES : \_\_\_\_\_

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

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :** \_\_\_\_\_

*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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :