



Fiche D'Inscription Mx Fun

Nom : Prénom : Age :

Adresse :

Code Postal : Ville :

TEL/Port : .../.../.../.../...

Email :

Facebook :

Envoi de la confirmation par Mail

N° de licence : Type : Club:

Marque Moto : Cylindrée : 2T ou 4T

Niveau : débutant / confirmé / compétition

Tarifs Prestations

Séjour tous compris :

690€

⇒ Dates :

Les stages sont encadrés par :

Trochon Adrien, éducateur sportif diplômé d'état 1^{er} motocyclisme.

**Pour valider votre inscription vous devez impérativement renvoyer ce bulletin
Accompagné du chèque de caution correspond à 50% au montant total,**

À L'ordre de: **Trochon Adrien.**

Il sera encaissé à la suite du stage concerné.

Tout stage commencé est dû. En cas d'annulation de notre part, votre chèque sera conservé pour un report de date. Sauf raison médical (blessure, maladie).

Une annulation de votre part doit être signalée au moins 7 jours avant la date du Stage, sans quoi votre chèque sera encaissé.

Le pilote déclare participer de sa propre initiative et décharge de toutes Responsabilités l'éducateur et le club du lieu du stage.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions de stage

Autorisation des parents

Pour les mineurs :

Signature du pilote

« Lu et approuvé »

A retourner à :

***Mr TROCHON Adrien 12 Chemin du Moulin a
Vent 33640 PORTETS***

Trochon Adrien

Éducateur motocyclisme

N° Siren 512 476 607 N° Siret 512 476 607 00019 APE 8551Z

Programme Séjour FUN

Prévisionnel suivant terrain/temps le programme peut être changé

ARRIVÉE LUNDI : 9H/9H30 – DÉPART VENDREDI : 17H/18H

⇒ Lundi :

- Matin : Accueil, réglages et astuces moto
- Après-Midi : Séance Moto
- Soir : Séance Piscine

⇒ Mardi :

- Matin : Séance Moto
- Après-Midi : Activité Fun

⇒ Mercredi :

- Matin : Séance Moto
- Après-Midi : Activité Fun

⇒ Jeudi :

- Matin : Séance Moto
- Après-Midi : Activité Fun

⇒ Vendredi :

- Matin : Séance Moto
- Après-Midi : Lavage et préparation moto / Débriefing Séjour

Séance Moto : 3h (9h ->13h)

Activité Fun : 15h/18h

Activités durant le séjour (suivant condition climatique) :

Wake Board/Paint-ball/Accrobranche/Trampoline Park/Aqua Park/Foot Bull/ Squash

Matériel durant le Séjour à prévoir :

Moto :

Essence

Pièces de rechanges (leviers, chambre à air...)

Equipements Pilote (2/3 tenues)

Sport :

Vêtements de sport, maillot de bain

Maison :

Sac de couchage/ oreiller



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

