



## FICHE INSCRIPTION

### SECTION SPORTIVE 1er & 2 eme Cycle

Etablissement : .....

Classe : .....

Inscription (\*) :   Renouvellement   Nouvelle Inscription

(\*) rayer la ou les mentions inutiles

#### ETAT CIVIL

Nom ..... Prénom .....

Date Naissance ..... Lieu .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone Père ..... Téléphone Mère .....

Téléphone Joueur .....

Email Père .....

Email Mère .....

Email Joueur .....

Profession du joueur ..... Nom Entreprise: .....

Profession Père ..... Nom Entreprise: .....

Profession Mère ..... Nom Entreprise: .....

Gardien (\*)   Oui   Non

Etablissement scolaire ..... Section Sportive GCL (\*)   OUI / NON

#### COTISATION

##### PAIEMENT COMPLET AU DEPOT DU DOSSIER

**Aucune inscription ne sera acceptée sans le règlement complet**

Paiement par Chèque en plusieurs fois accepté ( 5 maximum, fin encaissement au 31/12/2021 )

Paiement en Espèces en TOTALITE

Paiement par Chèques Vacances

Paiement par virement TOTAL (RIB/IBAN disponible au club, Virement au nom du joueur )

Details des cotisations par categories:

Joueur Club: 150€

Joueur Exterieur Club: 180€

#### EQUIPEMENTS

ESSAYAGE DES TAILLES OBLIGATOIRE - AUCUN ECHANGE NE SERA EFFECTUE

	Enfants	Adulte			
Tailles disponibles Textiles	116 / 128 / 140 / 152 / 164 / 176	S / M / L / XL / XXL			
Tailles disponibles Chaussettes	27-30 / 31-34 / 35-38 / 39-42 / 43-46				
<i>Veillez renseigner vos tailles ci-apres pour les differents éléments du pack:</i>					
Element du Pack	Short	Chaussette	T-shirt	Veste	Pantalon
Taille demandée					

**Documents à fournir :**   Fiche renseignements - Licence - Photo - Questionnaire de santé (+ Certificat médical )

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA ACCEPTE**  
(licence non validée)

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur  
(Disponible sur le site : <https://gclunel.fr/reglement> et au siege panneau "Gallia Infos")

Date .....

Signature



# FICHE SANITAIRE

## Saison 2022/2023



NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				<b>Hépatite B</b>	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du Gallia Club Lunel à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :