

**FICHE INDIVIDUELLE ET DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (\*) (3 Pages)  
STAGIAIRES MINEUR(E)S « INTERNES » & « EXTERNES »**

(\*) à nous faire parvenir **avant le 06 JUILLET - Dernier délai -**

Nom : Prénom(s) Date et lieu de naissance :  
Sexe : M - F Taille : Poids :  
Adresse : **Tél. Mobile Stagiaire :**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE :**

Je, soussigné Docteur **Cachet du Médecin :**  
Certifie avoir examiné ce jour, Mlle/Mr  
et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les Activités Musicales  
(Instruments de Musique, Chant Lyrique), Artistiques (Danse, Théâtre),  
Culturelles, physiques et sportives prévues dans le cadre du séjour désigné ci-dessus.

**Date :** **Signature du Médecin :**

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT :**

.....  
.....  
(Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du Carnet de santé de votre enfant)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE**

Qui exerce l'autorité parentale ? Père - Mère - Tuteur

NOM, prénom(s) du Père :  
Adresse :  
Tél. Domicile : Mobile : Professionnel :  
Courriel :

NOM, prénom(s) de la Mère :  
Adresse :  
Tél. Domicile : Mobile : Professionnel :  
Courriel :

NOM, prénom(s) du Tuteur :  
Adresse :  
Tél. Domicile : Mobile : Professionnel :  
Courriel :

**SI L'ENFANT EST CONFIE À UNE INSTITUTION :**

**Dénomination :**  
Adresse :  
Tél. Mobile : Fax :  
Courriel :  
**Personne à contacter :**

**OÙ TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE :**

NOM, prénom(s) :  
Adresse :  
Tél. Domicile : Mobile : Professionnel :

**RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER SUR LA PERSONNALITÉ DE VOTRE ENFANT :**

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

**OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT (Allergies, précautions particulières à prendre, ...) :** .....

**Votre enfant sait-il NAGER ? OUI - NON**

**A-t-il des problèmes d'asthme ? OUI - NON**

**A-t-il des problèmes de scoliose ? OUI - NON**

**TRAITEMENT : Si votre enfant suit un traitement ou est sujet à des maux de tête ou autres, VOUS VOUDREZ BIEN JOINDRE UNE ORDONNANCE AVEC MENTION « À ADMINISTRER PAR L'ASSISTANT(E) SANITAIRE DU STAGE ».**

Les médicaments doivent être déposés - **obligatoirement** - à l'Infirmierie du lieu d'hébergement,

**avec leur notice et dans leur emballage d'origine, marqué au nom de l'enfant.** En effet, les Stagiaires ne peuvent garder les médicaments avec eux, *excepté lorsque cela est prescrit par le Médecin, sur Ordonnance.*

**VACCINATIONS :**

BCG (date de la vaccination) :

Test tuberculinique (date du dernier test) :

DT Polio (date du dernier rappel) :

Hépatite B ? (date du dernier rappel) :

ROR ? (date) :

Autre(s) :

Urines-Albumines : OUI - NON

Sucre : OUI - NON

INCONTINENT D'URINE : OUI - NON

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI - NON / SI OUI, précisez à quels moments il peut s'en passer ou S'IL doit les porter en permanence : ..... Donnez la Réf. des verres : Œil DROIT : ..... Œil GAUCHE : .....

S'il s'agit d'une Jeune FILLE, est-elle réglée : OUI - NON

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :** .....

**1<sup>ère</sup> AUTORISATION PARENTALE (à remplir OBLIGATOIREMENT)**

Je/ Nous, soussigné(s)

Père - Mère - Tuteur, Responsable(s) de l'enfant : .....

- 1) **Autorise/ Autorisons le Directeur du Stage à faire soigner mon/ notre fils/- ma/ notre fille et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des Médecins.**
- 2) **M'engage/ Nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération(s) éventuels.**
- 3) **En cas de renvoi pour des raisons d'inadaptation, m'engage/ nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un Animateur.**

A : ..... Le .....

**Signature(s) à faire précéder de la mention manuscrite : Lu et accepté, Bon pour autorisation parentale**

**2<sup>ème</sup> AUTORISATION PARENTALE (à remplir OBLIGATOIREMENT)**

Je/ Nous, soussigné(s)

Père - Mère - Tuteur, Responsable(s) de l'enfant : .....

- 1) **Autorise/ Autorisons mon/ notre fils/- ma/ notre fille à pratiquer les activités organisées par les Équipes : Pédagogique/d'Animation du Stage, dans les conditions définies dans le Projet Pédagogique et Technique du Stage, dont j'ai/ nous avons pris connaissance.**
- 2) **La réglementation en matière de droit à l'image exigeant tout mineur à avoir l'autorisation écrite des parents, par la présente, j'autorise/ nous autorisons/ mon/ notre fils/- ma/ notre fille à être photographié(e) et/ ou filmé(e), notamment lors des Master Classes, Auditions/Castings, Concerts et Spectacles « 12ème Festival Musique, Danse, Chant, Théâtre Bayonne-Anglet-Biarritz Côte & Pays Basque ».**  
**D'autre part, à l'occasion de ces représentations, la/les prestation(s) musicale(s) et/ou artistique(s) (Danse, Théâtre) de mon/ notre enfant pourra/ pourront être enregistrée(s) sans que cela fasse l'objet d'une quelconque demande de rétribution de ma/ notre part.**

A : ..... Le .....

**Signature(s) à faire précéder de la mention manuscrite : Lu et accepté, Bon pour accord, Bon pour autorisation parentale**

**Nom, Prénom(s) de l'enfant :** .....  
**Nom, Prénom(s) et Numéro de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant:** .....  
**Adresse de la Caisse :** .....  
**Son Code Postal :** ..... **Ville :** .....

Bénéficiez-vous d'une **Mutuelle** ? OUI - NON  
SI OUI, laquelle (Nom et adresse) : .....  
Votre **n° d'adhérent** : .....

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI - NON  
SI OUI, joindre - **obligatoirement** - photocopie de l'attestation CMU (à jour)  
Ainsi que la photocopie de la CARTE VITALE

Numéro de Police et adresse de la Compagnie d'Assurance **Responsabilité Civile de votre enfant** :  
.....

2<sup>ème</sup> Photo d'identité

**MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER - LES 3 PAGES DE - CETTE FICHE,  
DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE AVEC TOUS DOCUMENTS AVANT LE 06 JUILLET - Dernier délai -**

*Toute modification des renseignements contenus dans cette fiche devra être signalée à la Présidente de l'Autorité de Tutelle du Stage:*

Tout courrier doit être adressé à : **Mme Suzanne DUMAS, Présidente - BP 20033 - 33035 BORDEAUX CEDEX**  
Tél. 06 07 54 75 07 - 06 71 54 76 81 - 0 975 855 415  
« [ambcotebasque@orange.fr](mailto:ambcotebasque@orange.fr) » / <http://www.stagemusicalcotebasque.fr>

**- CETTE 3<sup>ème</sup> PAGE EST À COMPLÉTER EN HAUT - 1<sup>ère</sup> PARTIE - ET EN BAS - 2<sup>ème</sup> PARTIE -**

=====  
**Nom, Prénom(s) de l'enfant :** .....  
**Nom, Prénom(s) et Numéro de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant:** .....  
**Adresse de la Caisse :** .....  
**Son Code Postal :** ..... **Ville :** .....

Bénéficiez-vous d'une **Mutuelle** ? OUI - NON  
SI OUI, laquelle (Nom et adresse) : .....  
Votre **n° d'adhérent** : .....

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI - NON  
SI OUI, joindre - **obligatoirement** - photocopie de l'attestation CMU (à jour)  
Ainsi que la photocopie de la CARTE VITALE

Numéro de Police et adresse de la Compagnie d'Assurance **Responsabilité Civile de votre enfant** :  
.....

3<sup>ème</sup> Photo d'identité

**MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER CETTE FICHE,  
DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE AVEC TOUS DOCUMENTS AVANT LE 06 JUILLET - Dernier délai -**

*Toute modification des renseignements contenus dans cette fiche devra être signalée à la Présidente de l'Autorité de Tutelle du Stage:*

Tout courrier doit être adressé à : **Mme Suzanne DUMAS, Présidente - BP 20033 - 33035 BORDEAUX CEDEX**  
Tél. 06 07 54 75 07 - 06 71 54 76 81 - 0 975 855 415  
« [ambcotebasque@orange.fr](mailto:ambcotebasque@orange.fr) » / <http://www.stagemusicalcotebasque.fr>