### BULLETIN D’INSCRIPTION

### Stage FVWB 29/06/2020 – 03/07/2020

#### A renvoyer au

#### Secrétariat FVWB – Rue de Namur, 84 - 5000 (BEEZ) NAMUR

 **Ou par mail :** **coachs@fvwb.be**

Nom et prénom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : Rue\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de téléphone ou GSM de la personne responsable de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Affilié(e) à la FVWB dans le club : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Non affilié(e) à la FVWB

Taille choisie pour le T-shirt « souvenir du stage » : XXL XL L M S (\*)

\* entourer la taille qui convient, choisir la taille UNISEX

**PAIEMENT :**

**Un acompte de 100 euros doit être versé sur le compte BE 16 0353 2657 3274 de la FVWB avec la communication « Stage Godinne + NOM et prénom de l’enfant » avant le 31 mai 2020**

**Les 150 euros doivent être versés sur le même compte avant le début du stage (envoyer la preuve de paiement ou présenter la preuve de paiement le jour d’arrivée)**

Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Réservé à la FVWB :**

 **Date de réception d’inscription Date du paiement de l’acompte Date de paiement totale**

 **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AUTORISATION DU RESPONSIBLE

Je soussigné(e) ……………………………………………………………….…………………………………………

Domicilié/e à ........................................…... Rue : …………………………………., N° …………….

autorise (Nom, Prénom de l’enfant) ……………………………………………………………….…………….

à participer au stage ouvert organisé par la FVWB.

J’autorise la Direction du Centre à prendre toutes les mesures d’ordre médical que nécessiterait l’état de santé de l’enfant.

Je m’engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés par le Centre.

Dans le cadre du stage, nous aimerions avoir l'opportunité de promouvoir des activités auxquelles votre enfant prend part par la publication de quelques photos/films sur le site de la fédération ou sur sa page Facebook.

J’autorise - je n’autorise pas (entourer ou souligner) la FVWB à filmer / prendre des photos dans le cadre des activités du stage et les publier sur les sites de la fédération (fvwb.be / Facebook)

Date : …………………………..… Signature : ……………………………………………………..…………

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. Vaccin antitétanique oui – non, date : ……………………………………………………..
2. Sérum antitétanique oui – non, date : …………………………………………………………
3. Groupe sanguin (si connu) : …………………………
4. Réaction allergiques pour les médicaments : …………………………………………………….……
5. Réaction allergique pour la nourriture : ……………………………………………………………………..
6. Remarques (maladies, diète particulière, autres) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………