

FICHE D'INSCRIPTION

Stage initiation Futsal U8-U9 / 30-31 Octobre 2023

Document à renvoyer complété à l'adresse stagesfootballduroannais@gmail.com

ENFANT- STAGIAIRE

Garçon Fille

Nom du stagiaire : Prénom :

Poste occupé :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu :

Adresse :

PARENTS

Nom et Prénom du titulaire de l'autorité parentale :

Adresse : Profession :

Tél. portable Tél. domicile :

Adresse e-mail (**en majuscules bien lisible**) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné en qualité de autorise que
l'enfant

- Soit transporté par l'encadrement dans un véhicule personnel ou collectif.
- Autorise la Direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème ou d'hospitalisation d'urgence.
- Autorise la Direction à utiliser les images (photos et films) prises pendant les stages, y compris celles où figurent mon enfant, à des fins promotionnelles et ce sans aucune demande de compensation financière de ma part.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Mode de règlement : chèque virement espèce chèque vacances

Accepte les Chèques Vacances et les Coupons Sport

Aucune inscription ne sera prise sans le règlement.

Joindre la fiche sanitaire de liaison

Date et signature du responsable du stagiaire précédées de la mention « lu et approuvé ».

Le : ... /... /...

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 DOCUMENT CONFIDENTIEL
 Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM/PRÉNOM :

REMOU :

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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polionyélie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite 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 de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :