

# FICHE D'INSCRIPTION

**Stage Futsal U8-U9-U10-U11-U12-U13 / 21-22-23 Octobre 2024**

**Document à renvoyer complété à l'adresse [stagesfootballduroannais@gmail.com](mailto:stagesfootballduroannais@gmail.com)**

## ENFANT- STAGIAIRE

Garçon  Fille

Nom du stagiaire : ..... Prénom : .....

Club : ..... 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/NUMERO: .....

RENOL: .....

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	
Polio/vérite				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  
 Préciser : .....

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 de 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 : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....