

Plouga'Stages



Informations sur le/la stagiaire :

NOM : PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE : .../.../..... À :

CLUB: POSTE (attaquant, gardien...):

MAIL :@.....

ADRESSE :

CODE POSTAL: VILLE :

TEL PORTABLE(représentant légal) :

TEL FIXE(représentant légal) :

CATÉGORIE : U6 À U9 : U10 À U15 :

DATES DE STAGES

DU 13 AU 15 Février (50€)

DU 20 au 22 Février (50€)

À REMPLIR PAR L'ADULTE RESPONSABLE

JE SOUSSIGNE(E), MONSIEUR OU MADAME :

Autorise mon enfant mineur à participer au stage de football organisé par le PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités annexes et aux déplacements organisés dans le cadre du stage.

DROIT À L'IMAGE

JE SOUSSIGNE(E), MONSIEUR OU MADAME :

Autorise l'organisateur à utiliser des images (photos ou vidéos) prises à l'occasion des stages à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives dans le cadre de la promotion des stages organisés par la PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB (dans le cas contraire veuillez cocher cette case).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Si le stagiaire suit un traitement pendant le stage, n'oubliez pas de fournir l'ordonnance ainsi qu'une autorisation parentale pour administrer les médicaments.

Restriction(s) alimentaire(s) :

AUCUNE

SANS PORC

VEGETARIEN

SANS SUCRE/SEL

AUTRES :

PIECES À FOURNIR À L'INSCRIPTION

- La présente fiche d'inscription
- La fiche sanitaire de liaison
- La licence (sauf licenciés au club) ou le certificat médical

Le règlement (un ou plusieurs chèques) du montant du (des) stage(s) à l'ordre du PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB sera **à remettre le 1 er jour du stage**. Le tarif indiqué comprend la totalité des activités prévues dans le cadre du stage.

CONDITIONS GENERALES

Assurance

Le Plougastel Football Club est couvert par le biais d'une assurance " Responsabilité Civile" qui ne supporte que les fautes ou négligences de l'organisation de l'évènement. Tout autre incident doit être couvert par l'assurance personnelle du participant.

Inscription / Renseignements

PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB
21 RUE DE KERBRAT - 29470 PLOUGASTEL-DAOULAS
06 17 81 20 84 - plougastel@live.fr

SIGNATURE

Fait à : Le :/...../.....

Signature obligatoire précédée de la mention "lu et approuvé"



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
