

Fiche d'inscription stage 2012

Pour que votre inscription soit valide, elle doit contenir les documents ci-dessous :

- La fiche d'inscription
- La fiche médicale et sanitaire
- Un acompte de 70€ minimum pour validation de votre inscription

Informations

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : / / Licencié(e) Oui Non club :

Nom du représentant légal :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel : ____/____/____/____/____/____ - Mobile ____/____/____/____/____/____ - ____/____/____/____/____

Email : _____@_____

Taille vêtements : **Short** **Chaussettes** **T-shirt**

Inscription

Semaine choisie :

09 au 13 juillet 2012 30 juillet au 03 août 2012

16 au 20 juillet 2012 06 au 10 août 2012

23 au 27 juillet 2012 **Montant du stage : 140€**

Autorisation parentale

A remplir par le tuteur légal

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur),

Nom :

Prénom :

Demeurant :

Tel : ____/____/____/____/____/____ Mobile ____/____/____/____/____/____ - ____/____/____/____/____

Autorise mon fils, ma fille, à participer à toutes les activités organisées pendant les stages.

J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

Fait à :

le :

Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé- bon pour autorisation de décharge de responsabilité »)

FICHE MEDICALE

La fiche médicale doit être remplie par le médecin traitant

NOM

Enurésie : OUI NON

PRENOM

Allergies (alimentaires – médicaments) :

Date de naissance

.....

Taille

.....

Poids

.....

Pouls

.....

Tension

Groupe sanguin :

Observations particulières :

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

(En cas de traitement médical, fournir la photocopie de l'ordonnance)

CERTIFICAT DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur,
Certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts et que
L'enfant
ne présente pas de contre indication à la pratique du football en stage.
Par ailleurs, l'enfant ne présente pas de maladies contagieuses.

A, le

Cachet et signature

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRES: LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ECT.....Précisez.

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....

TEL.FIXE (ET PORTABLE),

DOMICILE:

BUREAU:

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

Je soussigné, 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

Date:

Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances et observations

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