Bulletin d'inscription :

Stage Foot Féminin SB29

Ouvert à tous ! (Licenciées ou non)

Photo d'identité

- Nom de l'enfant :

  .....

- Prénom de l'enfant :

  .....

- Date de naissance : .....
- Nom et prénom du responsable légal de l'enfant : .....
- Adresse : .....
- Tél. domicile du responsable légal : .....
- Tél. portable du responsable légal : .....
- Adresse e-mail du responsable légal : .....

.....

- Club actuel : .....
- N° Licence (facultatif) : .....
- Poste occupé (sur le terrain) : .....
- N°Sécurité sociale : .....
- Caisse d'Assurance Maladie : .....
- Assurance Responsabilité Civile (numéro du contrat): .....
- Mutuelle : .....
- Personne à joindre en cas d'urgence pendant le séjour (Nom, Prénom, Téléphone) :

  .....

- Taille des équipements : **à entourer**

Haut : XS Boy/ S Boy / L Boy / XL Boy **//** XS Adulte / S Adulte / M Adulte/ L Adulte/ XL Adulte
Bas : XS Boy/ S Boy / L Boy / XL Boy **//** XS Adulte / S Adulte / M Adulte/ L Adulte/ XL Adulte
Pointure : 30-34 / 34-38/ 38-42 / 43-46

Stage Choisi :

Cochez dans les cases : 1 = Interne / 2 = Externe

1ère semaine (09 au 13 Juillet) ☐

2ème semaine (16 au 20 Juillet) ☐

3ème semaine (23 au 27 Juillet) ☐

Règlement :

Tarifs

Stage de foot en Pension complète

Du lundi au vendredi hébergée à l'internat du Lycée

350 € TTC

Stage de foot en demi-pension

Horaire : 9h à 18h / jour

250 € TTC

Stagiaires à récupérer au portail par le responsable légal déclaré sur l'inscription

Modalités de règlement

Cocher le mode choisi

Arrhes de 25% à régler lors de l'inscription (chèque à joindre au dossier)

Soit 87,50€ pour la pension complète / 62,50€ en demi-pension

Paiement du solde à régler sur place ☐

Possibilité d'un paiement en 3 fois sans frais ☐

Moyens de paiement:

- Chéques
- Chèques vacances

Merci d'établir vos chèques à l'ordre suivant : Association Stade Brestois 29

Coupon justificatif de règlement

Chèque d'un montant de : 87,50€ TTC ☐ 62,50€ TTC ☐

à l'ordre de.....

le.....

Autorisation parentale

Je soussigné (e) .....
(Père, Mère ou Tuteur), autorise mon enfant.....

À participer à toutes les activités proposées par les stages foot féminin SB29.

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

J'autorise la direction à utiliser les images (photos ou vidéos) prises lors des stages où figure mon enfant dans le cadre de la promotion future des stages ou pour faire découvrir par ce biais les activités réalisées aux familles sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

J'autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule du club ou personnel durant le séjour si la situation le nécessite.

Fait à .....
Le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Documents à joindre au dossier

- Une attestation d'assurance (type assurance scolaire) couvrant les activités de votre enfant
- La fiche sanitaire de liaison dûment remplie et signée
- Un certificat médical d'aptitude à la pratique du football daté de **moins de 3 mois**
- Une photocopie de l'attestation de la carte vitale et de mutuelle
- Une photo d'identité récente
- Chèque de réservation (25% du montant) à l'ordre de l'Association Stade Brestois 29

Si questions éventuelles, n'hésitez pas joindre l'association au 02 98 02 55 98 ou bien par email à stagefoot@sb29.com

Dossier complet et signé à nous retourner à l'adresse suivante :

Association Stade Brestois 29, Centre de l'armoricaine,

6 chemin de Penhelen, 29200 Brest

Une assurance complémentaire vous sera proposée lors de l'inscription à l'arrivée au stage

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 :