



# STAGES



## PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB

### INFORMATIONS SUR LE/LA STAGIAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... A : .....

CLUB : ..... POSTE OCCUPE : .....

MAIL : ..... @ .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL FIXE : .....

CATEGORIE :  U6 à U12  U13 à U15

### DATES DE STAGES

Du 22 au 24 février (50€)

Du 1er au 3 mars (50€)

### A REMPLIR PAR L'ADULTE RESPONSABLE

JE SOUSIGNE(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.

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 le PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB (dans le cas contraire, veuillez cocher cette case  ).

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Si le stagiaire suit un traitement pendant le stage, n'oubliez pas de fournir l'ordonnance. Restriction(s) alimentaire(s) :

AUCUNE     SANS PORC     VEGETARIENS     SANS SUCRE/SEL

AUTRES : .....

## PIECES A FOURNIR A L'INSCRIPTION

- La présente fiche d'inscription
- La fiche sanitaire de liaison
- La licence ou le certificat médical
- Un (ou plusieurs) chèque(s) du montant du (des) stage(s) à l'ordre du PLOUGASTEL FOOTBALL CLUB. Le tarif inscrit inclus la totalité des activités, l'encadrement et les transports pour se rendre aux différentes activités prévues dans le cadre du stage.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

### ANNULATION

Du fait du stagiaire : L'annulation du stage doit se faire par écrit au moins 15 jours avant le début du stage et donnera lieu au remboursement de l'intégralité du stage. Si le stage est annulé moins de 15 jours avant, 50% seront remboursés. Pendant le stage et en cas d'annulation pour raison médicale, le remboursement se fera au prorata des jours restants.

### 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'événement. 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 67 78 29 11 - [www.plougastelfc.com](http://www.plougastelfc.com) - [plougastelfc@live.fr](mailto:plougastelfc@live.fr)

## SIGNATURE

FAIT A : ..... LE : ..... / ..... / 20.....

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020**

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. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> 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?**

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

**Allergies:** **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: