

BULLETIN D'INSCRIPTION

STAGES FOOTBALL ASSE

Je souhaite inscrire mon enfant âgé de 8 à 16 ans, à l'un des stages de football ASSE. Pour toute inscription, possibilité de paiement en 3 fois sans frais (nous consulter au 04 77 91 15 65).

L'ASSE propose désormais des stages filles et garçons sur toute la durée des stages de foot ASSE.

DATES DE STAGES

S1 : COMPLET
S2 : COMPLET
S3 : COMPLET
S4 : 30/07/23 - 04/08/23
S5 : 06/08/23 - 11/08/23

STAGES CHOISIS

(DANS L'ORDRE DE PRÉFÉRENCE)

CHOIX N°1 : STAGE N°
CHOIX N°2 : STAGE N°
CHOIX N°3 : STAGE N°

FORMULE CHOISIE

(COCHEZ UNE CASE)

FORMULE CLASSIQUE (495€) ☐
FORMULE SPÉCIFIQUE (420€) ☐
FORMULE 1/2 PENSION (290€) ☐

OPTION TRANSPORT (50€) ☐

Possibilité de récupérer en gare de Saint-Étienne Chateauxreux le stagiaire entre 16h et 17h le dimanche avec retour assuré aux mêmes heures le vendredi (fin de stage).

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Poste occupé :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : Lieu :

Adresse :

PARENTS

Prénom et Nom du titulaire de l'autorité parentale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel domicile : Tel bureau : Tel portable :

Adresse email :

N° sécurité sociale : N° mutuelle :

AUTORISATION PARENTALE

(si l'enfant part avec une personne autre que celle détenant l'autorisation parentale)

Prénom et Nom :

Adresse : Code postale :

Ville :

Tel domicile : Tel bureau :

Tel portable :

Adresse email :

J'accepte que toutes les photos ou images prises de mon enfant pendant la durée du stage soient utilisées librement et gracieusement dans le cadre d'opérations promotionnelles ultérieures de l'ASSE. Je déclare renoncer à tout droit à l'image s'y opposant. J'accepte de recevoir les actualités et promotions de l'AS Saint-Étienne.

Attention, il est obligatoire de joindre à ce bulletin d'inscription :

- La fiche sanitaire
- Le certificat médical (ou la photocopie de licence)

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE DU STAGIAIRE :



**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 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.

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
