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).

Ces stages sont ouverts aux filles et aux garçons.

DATES DE STAGES

S1 : Complet
S2 : Complet
S3 : 21/07/24 – 26/07/24
S4 : 28/07/24 – 02/08/24
S5 : 04/08/24 – 09/08/24

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

STAGES CHOISIS

(DANS L'ORDRE DE PRÉFERENCE)

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

FORMULE CHOISIE

(COCHEZ UNE CASE)

FORMULE CLASSIQUE (520€) ☐

FORMULE SPÉCIFIQUE (450€) ☐
FORMULE 1/2 PENSION (310€) ☐

OPTION TRANSPORT (60€) ☐

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 postal : .....

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 :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

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 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.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____