

1. INFORMATION

DATES	PÉRIODE (arrivée entre 8h00 et 8h45 - départ de 17h00 à 18h00)
Semaine 1	du 10 au 14 juillet 2017
Semaine 2	du 17 au 21 juillet 2017

PRIX	Pour 1 SEMAINE	Pour 2 SEMAINES	votre CHOIX (veuillez retranscrire le montant de votre choix)
1 ENFANT	90 €	160 €	
FORMULE PARRAINAGE (inscription de 2 stagiaires dans la même enveloppe)	160 €	300 €	

MODE DE PAIEMENT ACCEPTÉ

- par chèque (à l'ordre du club : « AS Montlouis Football ») ou par espèce

CONDITIONS GÉNÉRALES

- aucune inscription ne sera prise en compte sans la totalité du règlement accompagné de la fiche sanitaire, de la photocopie de licence (ou un certificat médical pour les non licenciés).
- Les inscriptions seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée des règlements, dans la limite des places disponibles (**40 places / semaine**)
- Vous recevrez un email de confirmation dès enregistrement de votre inscription



2. FICHE DE RENSEIGNEMENT

ENFANT STAGIAIRE

Garçon Fille

Nom de l'enfant (majuscules) :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): __ / __ / ____

Club :

PARENTS

Nom et prénom du titulaire de l'autorité parentale:

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

Tél. domicile : _ _ _ _ _ Tél. bureau : _ _ _ _ _

Tél. Portable : _ _ _ _ _ Adresse Email :

N° de sécurité sociale: _ _ _ _ _ N° de Mutuelle :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- fiche de renseignement complétée
- autorisation parentale
- fiche sanitaire de liaison complétée
- règlement par chèque ou espèce l'ordre de : AS Montlouis Football

Dossier complet à envoyer à l'adresse :

**AS MONTLOUIS FOOTBALL, 43 rue Descartes, Stade E.CHOLET, 37270
Montlouis-sur-Loire**



3. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Madame, Monsieur :

Agissant en qualité de mère, père ou tuteur légal : (Cocher les cases Oui / Non)

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le Stage Vacances AS Montlouis, à l'exception de :

OUI NON

Et être transporté dans les véhicules mis à la disposition des stages.

OUI NON

Atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager et peut participer aux activités Aquatiques

OUI NON

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes sans restriction.

OUI NON

Autorise les stages vacances AS Montlouis Football à utiliser les photos et vidéos de mon enfant prise pendant les activités, pour la communication interne et Externe de l'association, sans limitation de durée, à titre gratuit et quelque soit le Support (internet, presse ...)

OUI NON

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE (précédée de la mention « lu et approuvée »)



4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

CERFA N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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 AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

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



5. CONTACT

Conatct : Valentin DANSAULT

Tel : 06.10.61.83.19

Adresse de retour : 43, rue Descartes, stade E.CHOLET, 37270 Montlouis/Loire

Adresse mail : vdansault@gmail.com