

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

STAGE FOOT et MULTISPORTS



ENFANT :

Nom du stagiaire : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :/...../..... Sexe : M F

Lieu de naissance :

Taille textile : 6/8 - 8/10 - 10/12 - S - M - L - XL - XXL

Adresse :

.....

Ville :Code postal :

STAGES :

10 AU 13 JUILLET (130,00 €)

24 AU 28 JUILLET (160,00 €)

17 AU 21 JUILLET (160,00 €)

28 AOUT AU 1 SEPTEMBRE (160,00 €)

PARENTS

CLASSICO FUTSAL CLUB – 10, Rue en Salamon - 70400 HERICOURT

Tél fixe : 03.84.19.30.29 - Tél port : 06.08.10.24.81

E-mail : contact@classico-hericourt.club

N° Siret 822 112 991 00010 RCS Vesoul

Nom et prénom du titulaire de l'autorisation parentale :

.....

Adresse :

Ville :Code postal :

Tél domicile : Tél bureau :

Tél portable :

Email :

Numéro d'urgence :

AUTORISATION PARENTALE (à remplir par le responsable légale)

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur),

Mme, Mr.....

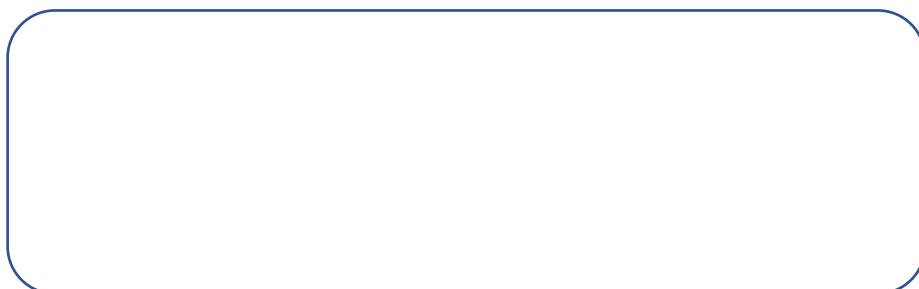
à.....

Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités
organisées par le Classico Futsal Club.

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

J'autorise également la direction à utiliser Oui ou Non, à des fins professionnelles, les images (photos
et films) du stage sans compensation.

Date et signature : (précédées de la mention « lu et approuvé »)



PROGRAMME DE LA SEMAINE

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 8H30 | Accueil | Accueil | Accueil | Accueil | Accueil |
| 9H00 | Tests techniques | Ateliers | Ateliers | Ateliers | Ateliers |
| 10h | Ateliers | Ateliers | Ateliers | Ateliers | Ateliers |
| 12h | Repas | Repas | Repas | Repas | Repas |
| 13h | Jeux de société | Jeux de société | Jeux de société | Jeux de société | Jeux de société |
| 14h | Multisports* | Multisports* | Multisports* | Multisports* | Multisports* |
| 15h | Multisports* | Multisports* | Multisports* | Multisports* | Multisports* |
| 16h30 | Gouter | Gouter | Gouter | Gouter | Gouter |
| 17h | Fin de journée | Fin de journée | Fin de journée | Fin de journée | Fin de journée |

*** Basket, handball, Molky, ping-pong.....

ENSEMBLE DES SESSIONS PROPOSEES

10 AU 13 JUILLET 2017

24 AU 28 JUILLET 2017

17 AU 21 JUILLET 2017

28 AOUT AU 1 SEPTEMBRE 2017

23 AU 27 OCTOBRE 2017

30 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 2017

26 AU 29 DECEMBRE 2017

2 AU 5 JANVIER 2018

12 AU 16 FEVRIER 2018

19 AU 23 FEVRIER 2018

9 AU 13 AVRIL 2018

16 AU 20 AVRIL 2018

CLASSICO FUTSAL CLUB – 10, Rue en Salamon - 70400 HERICOURT

Tél fixe : 03.84.19.30.29 - Tél port : 06.08.10.24.81

E-mail : contact@classico-hericourt.club

N° Siret 822 112 991 00010 RCS Vesoul

LES DOCUMENTS A JOINDRE

- Certificat médical ou photocopie de la licence
- Attestation d'assurance de responsabilité civile

LES EQUIPEMENTS A PREVOIR OBLIGATOIRES :

- Pique-nique préparé par les parents
- 1 paire de chaussures de sport (pas de crampons = interdit sur gazon synthétique)
- 1 paire de protège-tibia
- 1 paire de gants pour les gardiens de but
- 1 gourde ou une bouteille d'eau avec le nom du stagiaire

APRES LES SEANCES :

- Nécessaire de toilette (gel douche)
- Serviette de bain
- Une paire de claquette ou tong
- Vêtements de rechange après la séance

LES + DES STAGES

- UN EDUCATEUR DIPLOME
- UN COMPLEXE UNIQUE DANS LA REGION
 - TERRAINS GAZON SYNTHETIQUE FOOT 5 VS 5
 - TERRAINS MULTISPORTS
 - FOOT 3 VS 3
 - BASKET
 - BADMINTON
 - HANDBALL
 - PING-PONG
 - CLUB HOUSE (salle de restauration et salle de jeux)

Fiche Sanitaire 2017

Les informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement du CLASSICO.

I. ENFANT

Nom du stagiaire : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ://..... Sexe : M F

Lieu de naissance :

Taille : Poids :

Sait-il nager ? Oui Non (fournir un certificat de nage)

Nom et coordonnées du médecin traitant :

II. Vaccinations (Joindre les photocopies du carnet de santé)

| Vaccins | Dates du dernier rappel |
|----------------|-------------------------|
| Hépatite B | |
| Polio | |
| Diphthérie | |
| Tétanos | |
| Coqueluche | |
| Hémophilus | |
| B R.O.R BCG | |
| Autres vaccins | |

III. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

| | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Rubéole <input type="checkbox"/> | Varicelle <input type="checkbox"/> | Angines <input type="checkbox"/> | Rhumatismes <input type="checkbox"/> | Scarlatine <input type="checkbox"/> | Allergies <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> | Otites <input type="checkbox"/> | Asthme <input type="checkbox"/> | Rougeole <input type="checkbox"/> | Oreillons <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, ...)

----- du au

----- du au

IV. Recommandation des parents

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, Lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez **impérativement** fournir les médicaments et **impérativement** joindre l'**ordonnance** qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

CLASSICO FUTSAL CLUB – 10, Rue en Salamon - 70400 HERICOURT

Tél fixe : 03.84.19.30.29 - Tél port : 06.08.10.24.81

E-mail : contact@classico-hericourt.club

N° Siret 822 112 991 00010 RCS Vesoul

V. Tuteur légal de l'enfant

Nom et prénom du titulaire de l'autorisation parentale :

Adresse :

Ville : Code postal :

Tél domicile : Tél bureau :

Tél portable : Email :

Je soussigné, Tuteur légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter
l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires,
investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur
service, accueil et suivi auprès de votre enfant.

Date et signature du tuteur légal: (précédées de la mention « lu et approuvé »)

