



## Fiche d'inscription

Stages FOOT agréés SDJES

Vacances d'été 2024

**SOUSTONS (40)**

[www.dribbleo.com](http://www.dribbleo.com)

06 50 18 99 15

[contact@dribbleo.com](mailto:contact@dribbleo.com)

### **ENFANT- STAGIAIRE**

Garçon  Fille    Licencié(e)  Oui     Non

Nom du stagiaire : ..... Prénom : .....

Poste occupé : ..... Club : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_/\_/\_/ \_\_\_\_ Lieu : .....

Adresse : .....

Taille de l'équipement :  6ans  8ans  10ans  12ans  14ans  16ans **Age de l'enfant** : .....

### **PARENTS**

Nom et Prénom du titulaire de l'autorité parentale : .....

Adresse : .....

Tél. portable ..... Tél. domicile : ..... Profession : .....

Adresse E-mail (**en majuscules**) : .....

### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné ..... en qualité de .....

autorise que l'enfant .....

- Soit transporté par l'encadrement dans un véhicule personnel ou collectif.
- Autorise la Direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème ou d'hospitalisation d'urgence.
- Autorise la Direction à utiliser les images (photos et films) prises pendant les stages, y compris celles où figurent mon enfant, à des fins promotionnelles et ce sans aucune demande de compensation financière de ma part.

Votre enfant sait-il nager ?  Oui  Non (Si oui merci de nous fournir le pass'aquatique )

**Date et signature du responsable du stagiaire précédées de la mention « lu et approuvé ».**

**Le : ... /... /...**

**Signature**

## CHOIX DES OPTIONS

### Stage du lundi 15 (8h30) au vendredi 19 juillet 2024 (14h00)

- Stage pension complète : **495€** + 25€ (nuit et pt déj.) pour qui souhaitent arriver le dimanche soir
- Stage ½ pension (repas midi + goûter) : **345€** (9h00/17h30)
- Stage découverte foot 5 ½ journées (goûter) : **150€** (13h30/17h30) et vendredi matin (9h00 /11h30)

**Photos** : 10€ (groupe + individuelle)  Oui  Non

Mode de règlement à cocher :  chèque  virement  espèces

**Activités** : Le prix du stage comprend **une activité offerte** à choisir dans la liste ci-dessous. Ceux qui le souhaiteront auront la possibilité de pratiquer une ou des activités supplémentaires au Centre Sportif de l'Isle Verte du Lac de Soustons pour un supplément de **20€** pour 2h00 d'activité.

**Merci de cocher** :  canoé  voile  paddle  accrobranches  VTT

### IMPORTANT :

Possibilité de paiement en plusieurs fois par chèque (avec date d'échéance d'encaissement sur chaque chèque), par virement ou en espèces, sachant que l'intégralité du prix doit être réglée 1 mois avant le début du stage.

Accepte les Chèques Vacances les Coupons Sport et les bons VACAF

**Paiement en plusieurs fois. Merci d'indiquer les dates :**

**Aucune inscription ne sera prise sans un règlement partiel ou total.**

Fiche d'inscription à retourner :

Dribbleo

11 Impasse Francis Garnier

42110 Feurs

06/50/18/99/15 ou par E-mail : [contact@dribbleo.com](mailto:contact@dribbleo.com)

Accompagnée :

- De la fiche sanitaire de liaison pour tous.
- pour les licenciés(e)s** : copie de la licence FFF ou d'un autre sport
- pour les non licencié(e)s** : un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport
- pour les non licencié(e)s** : une attestation de Responsabilité Civile (ou une copie de l'attestation scolaire de garantie individuelle de l'enfant)

**Conditions générales :**

En cas d'annulation de votre part, une somme de 50€ sera automatiquement retenue pour frais de dossier. Si l'annulation intervient dans les 15 jours qui précèdent le début du stage, hors motif médical, la totalité des sommes versées sera retenue. Tout départ anticipé ou volontaire, hors motif médical, ne donnera lieu à aucun remboursement. En cas d'annulation du stage pour raison sanitaire vous bénéficierez du remboursement intégral et immédiat des sommes versées.



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

.....NOM DUMINEUR: .....

PRENOM: .....

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

SEXE :            M                            F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé**, si oui préciser  oui  non

.....  
.....  
.....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....  
.....  
.....

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :