

# STAGES VACANCE FC COMTAL



## DOSSIER D'INSCRIPTION Au stage du 14 au 25 Avril 2025 STAGE de U9 à U15F

Dossier à retourner avant le 6 AVRIL 2025 (inclus)

Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant :

- ❖ Les feuilles de renseignements généraux jointes.
- ❖ L'autorisation parentale et de droit à l'image remplies correctement (feuille ci-jointe)
- ❖ La fiche sanitaire de liaison (fiche ci jointe – Ministère Jeunesse et Sports.)
- ❖ Le règlement est de : (par chèque ou espèce)

-50€ pour FC COMTAL

**Vous recevrez ensuite un email de confirmation avec la convocation pour le séjour.**

## Feuille de renseignements généraux

### **Stagiaire :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : M      F

Adresse : .....  
...

CP : ..... Ville : .....

### **Responsable légal : (compléter l'adresse si différente du stagiaire)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
...

CP : ..... Ville : .....

Tel. Domicile : .....

Portable : .....

Email : .....

### **Pour retourner votre dossier, veuillez le transmettre :**

- Club de FC COMTAL : Sébazac, route de Bezannes.

Pour tout autre renseignement ou questionnement sur le stage veuillez nous contacter sur : [hugo.serieys.comtal@gmail.com](mailto:hugo.serieys.comtal@gmail.com)

# Feuille de renseignements sportifs

Football :

Nom du club d'appartenance : .....

Catégorie :

U9 - U11 - U13 - U15F

Nombre d'année(s) de pratique : .....

# Autorisations parentales et de droit à l'image

Je soussigné(e) (responsable légal ).....

Demeurant (adresse) .....

Autorise mon enfant .....

À participer aux activités organisées dans le cadre du « Stage vacances de FC COMTAL».

J'autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui seraient ordonnées par le médecin. J'autorise le club de FC COMTAL à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (Publicité, communication), sans demander d'indemnisation.

J'autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités.

L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.

Nom de l'assurance : .....

Numéro du contrat :.....

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé – bon pour autorisation »)

Fait à .....

Le .....

**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
Code De l'action Sociale et des Familles

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

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**

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	No n	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polioomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 MEDICAUX 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHÉ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**    ASTHME                            oui  non                             MEDICAMENTEUSES                            oui  non   
                         ALIMENTAIRES                            oui  non                             AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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**

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

---

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigné, .....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.*

Date :

Signature