



# FICHE D'INSCRIPTION

## BOURG EN BRESSE

**A retourner à :**  
**FBBP 01 Stages Bourg en Bresse**  
**145 Rue des Granges Bonnet – 01960 Péronnas**

### LE STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M / F

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Licencié en club : OUI  NON

Si oui, Nom du club : .....

Régime alimentaire :  Aucun  Végétarien  Sans Porc  Hallal  Autre : préciser : .....

### L'EQUIPEMENT

Maillot / Short :

XS Ju (6 ans)  S Ju (8 ans)  M Ju (10 ans)  LJu (12 ans)  XL Ju (14 ans)  XS Ad (16 ans)  S Ad (18 ans)

Chaussettes :

30/34  34/38  38/42  42/46  44/46

### LE RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail : ..... @ ..... (Les informations seront envoyées par e-mail)

Tél / Portable : ..... N° SS.....

### LE STAGE CHOISI (Cocher la case correspondante à votre choix)

STAGES ETE 2019			
Dates	Semaine 1 7 au 12 Juillet	Semaine 2 14 au 19 Juillet	Semaine 3* 21 au 26 Juillet
<u>Demi-pension</u>			
<u>Pension complète*</u>			

*\*Pension complète : uniquement pour les garçons (Semaines 1 et 2)*

*\*Semaine 3 : Stage féminin à partir de 8 inscrites (hébergement et activité foot différenciés)*

### TARIFS ET FORMULES

Stages d'Eté 2019	Demi - pension	Pension complète
<u>Semaine 1 (du 7 au 12 juillet)</u>	270 €	375 €
<u>Semaine 2 (du 14 au 19 juillet)</u>	270 €	375 €
<u>Semaine 3* (du 21 au 26 juillet)</u>	270 €	375 €
<u>Réductions clubs partenaires, licencié(e)s FBBP, ou 2 stages déjà effectués</u>	- 10 €	- 20 €

**TOTALITE DU MONTANT EXIGEE A L'INSCRIPTION** (si aides attendues, établir 1 ou plusieurs chèques de caution correspondant au montant des aides, possibilité de régler en plusieurs fois en établissant plusieurs chèques)

**Moyens de paiement acceptés:** Chèques, Chèques vacances et Coupons sport ANCV, Espèces

Aides possibles : CAF, Comités d'entreprise, Mairies... (à gérer par vos soins) – possibilité de factures ou justificatifs

Attention : les aides ne pourront pas être prises en compte par nos services après la fin du stage

## AUTORISATION PARENTALE

**Jesoussigné(e), Madame ou Monsieur :** .....

- Autorise l'organisateur à faire soigner mon enfant par un médecin et à prendre toutes les mesures d'urgence au cas où je ne pourrais être joint.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans la cadre de publications et autres supports de communication spécifiques utilisés par l'organisateur.
- Autorise l'organisateur à transporter mon enfant dans les véhicules de transport collectif ou personnels ~~dés~~ (une assurance spécifique est souscrite par l'organisateur à cet effet).
- Déclare avoir pris connaissance des clauses administratives et financières exposées dans ce document **et m'engage à solder le règlement du stage de mon enfant avant le 30 juin 2019.**

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## INFORMATIONS MEDICALES

**A compléter par le médecin ou fournir la copie de la licence de la saison 2018/2019** (extraction à demander au club qui a délivré la licence)

Je soussigné(e) Docteur : ..... Certifie que l'enfant : .....

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la pratique du football
- Est apte à la vie en collectivité

Allergies alimentaires :  Non  Oui Si oui, préciser : .....

Allergies médicamenteuses :  Non  Oui Si oui, préciser : .....

Précisions et recommandations sur les allergies :

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

Autres problèmes de santé :

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

Fait à : ..... Le : .....

Tampon et signature du médecin :



# FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS OBLIGATOIRES DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT EN COLLECTIVITE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M / F

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 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**).

**Aucun médicament ne pourra être pris par l'enfant sans ordonnance**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui Non ; VARICELLE Oui Non ; ANGINE Oui Non ; RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui Non ;

SCARLATINE Oui Non ; COQUELUCHE Oui Non ; OTITE Oui Non ; ROUGEOLE Oui Non ; OREILLONS Oui Non

AUTRES : \_\_\_\_\_

**ALLERGIES : ASTHME**  Oui  Non ; **MEDICAMENTEUSES**  Oui  Non ; **ALIMENTAIRES**  Oui  Non

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES AUTRES **DIFFICULTES DE SANTE EVENTUELLES** (MALADIE CHRONIQUE, SEQUELLES D'ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ**

**NOM et TEL du MEDECIN TRAITANT**

**Nom** ..... **Tél** .....

**Je soussigné, Madame ou Monsieur** .....

**Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**Date :** .....

**Signature :** .....

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR**

**Football Bourg en Bresse Péronnas 01 – 04 74 21 50 71**

*Agrément DDCS : 001ORG0138*

**Directeur des séjours : Yoan HALICKI – 06 76 12 44 67**