**BULLETIN D’INSCRIPTION STAGE**

Photo

**FUTSAL U11-U13 CSOA 2018-2019**

NOM :…………………………………………………… PRÉNOM :……………………………………………………

ADRESSE :…………………………………………………………………………………………………………………….

.……………………………………………………………………………………………………………………………………

VILLE :…………………………………………………….

CODE POSTAL :……………………………………….

TEL :……………………………………………………….. PORTABLE :………………………………………………..

EMAIL :…………………………………………………………………………………………………………………………

DATE DE NAISSANCE :……………………………..

LICENCIÉ : OUI / NON GARDIEN DE BUT : OUI / NON

CLUB :………………………………………………………………………………………………………………………….

**TARIF POUR LES JOUEURS POUR LA SEMAINE = 150€**

**Bulletin à imprimer, à compléter et à renvoyer par courrier postal avant le 28 octobre à l’adresse suivante :**

**Club Sportif Orne Amnéville, Rue Clemenceau, 57360 Amnéville**

**Ou par mail à l’adresse suivante :**

[**stagefootamneville@gmail.com**](mailto:stagefootamneville@gmail.com)

**AUTORISATION PARENTALE**

(À envoyer avec le bulletin d’inscription)

Je soussigné, (père, mère ou tuteur)

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités en lien avec le stage proposé par le club de football d’Amnéville.

En outre, j’autorise la Direction à prendre toutes les mesures en cas d’accident ou d’affection grave aiguë, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

ADRESSE DES PARENTS :………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

TÉLÉPHONE DES PARENTS :………………………………………………………………………………………….

Mention manuscrite « lu et approuvé », date :

Signatures des parents ou tuteurs :

**CERTIFICAT MÉDICAL**

(À remplir ou fournir un certificat ou licence de football valable pour la saison 2018-2019)

Je soussigné(e), Docteur :

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Certifie que (NOM et Prénom du patient) :

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Ne présente à ce jour aucune contre-indication à la pratique du football.**

Fait à : Cachet et signature du médecin :

Le :

Ce certificat est valable pour la durée du stage, soit du 29 octobre au 02 novembre 2018

**DROIT À L’IMAGE**

(À envoyer avec le bulletin d’inscription)

Dans le cadre du stage, des photos et/ou des vidéos de votre enfant peuvent être effectuées dans le but de réaliser un album informatique souvenir, et pour pouvoir communiquer via nos moyens de communication (site internet et réseaux sociaux, affiche,…) afin de promouvoir notre action.

Je soussigné, (père, mère ou tuteur)

…………………………………………………………………………………………………………………………..

* Autorise le club de football d’Amnéville à utiliser l’image de mon enfant dans le but de figurer dans l’album photo souvenir et de promouvoir l’action du club via ses moyens de communication.
* N’autorise pas le club de football à utilise l’image de mon enfant. Ainsi celui-ci ne figurera ni sur les moyens de communication du club, ni sur l’album photo souvenir

*NB : Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas d’identifier l’enfant.*

**EQUIPEMENTS**

Pour ce stage, les enfants recevront un équipement complet de footballeur (T-shirt, short et chaussettes) de la marque Nike.

Merci d’entourer les tailles correspondant à celles de votre enfant :

***T-SHIRT :***

XS BOY S BOY M BOY L BOY XL BOY

XS S M L XL

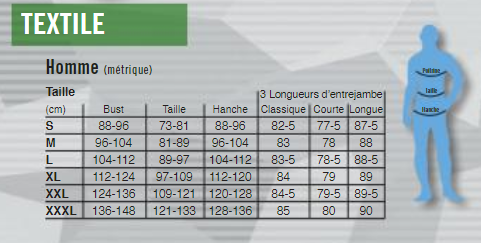
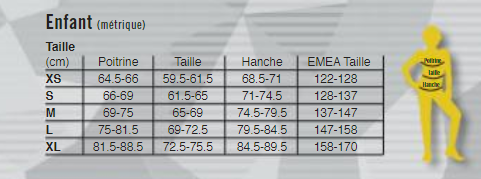
***SHORT :***

XS BOY S BOY M BOY L BOY XL BOY

XS S M L XL

***CHAUSETTES :***

26-30 30-34 34-38 38-42 42-46



**PAIEMENT**

***PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE :***

Chèque à l’ordre de : ***CSOA***

***PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE :***

**Banque** : SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

**Titulaire du compte** : CSO AMNEVILLE, RUE GEORGES CLEMENCEAU 57360

AMNEVILLE-LES-THEMES

**RIB** : 30003 02450 00020260415 81

**IBAN** : FR76 3000 3024 5000 0202 6041 581

**BIC** : SOGEFRPP

IL EST IMPORTANT DE PRÉCISER LORS D’UN VIREMENT BANCAIRE, VOS NOMS ET

PRÉNOMS, LE NOM ET LE PRENOM DE L’ENFANT AINSI QUE L’INDICATION SUIVANTE : **STAGE FUTSAL U11-U13**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **1 - ENFANT**  NOM :  PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  GARÇON | FILLE |

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | VARICELLE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | ANGINE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | SCARLATINE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | |
| COQUELUCHE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | OTITE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | ROUGEOLE   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | | OREILLONS   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | OUI |  | NON |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALLERGIES :** | ASTHME  ALIMENTAIRES |  |

**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.  
............................................................................................................................................

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

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

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

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

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ...............................................................................................................................................................................................

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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

**CSO Amnéville**

**Rue Clemenceau, 57360 Amnéville**

**03 87 71 08 89**

**OBSERVATIONS**

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

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

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

**PROGRAMME DE LA SEMAINE :**

