

BULLETIN D'INSCRIPTION STAGE VACANCES DE FEVRIER CSOA 2020

Photo

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

VILLE :

CODE POSTAL :

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

DATE DE NAISSANCE :

LICENCIÉ(E) : OUI / NON

GARDIEN(NE) DE BUT : OUI / NON

CLUB :

JE M'INSCRIS AU STAGE :

☐ SEMAINE DU 24 FEVRIER AU 28 FEVRIER 2020

**TARIF INDIVIDUEL POUR LA SEMAINE = 120€
POUR LES ENFANTS AYANT DÉJÀ PARTICIPÉ A UN STAGE = 100€**

Bulletin à imprimer, à compléter et à renvoyer ou déposer au plus tard le premier jour du stage à l'adresse suivante :

Club Sportif Orne Amnéville, Rue Clemenceau, 57360 Amnéville

Ou par mail à l'adresse suivante :

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 2019-2020)

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 :

Le :

Cachet et signature du médecin :

Ce certificat est valable pour la durée du stage : du 24 au 28 février 2020.

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 utiliser 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 t-shirt de la marque Nike.

Merci d'entourer la taille correspondant à celles de votre enfant :

T-SHIRT :

XS BOY

S BOY

M BOY

L BOY

XL BOY

TEXTILE						
Homme (métrique)						
Taille (cm)	Bust	Taille	Hanche	3 Longueurs d'entrejambe		
				Classique	Courte	Longue
S	88-96	73-81	88-96	82-5	77-5	87-5
M	96-104	81-89	96-104	83	78	88
L	104-112	89-97	104-112	83-5	78-5	88-5
XL	112-124	97-109	112-120	84	79	89
XXL	124-136	109-121	120-128	84-5	79-5	89-5
XXXL	136-148	121-133	128-136	85	80	90



Enfant (métrique)				
Taille (cm)	Poitrine	Taille	Hanche	EMEA Taille
XS	64.5-66	59.5-61.5	68.5-71	122-128
S	66-69	61.5-65	71-74.5	128-137
M	69-75	65-69	74.5-79.5	137-147
L	75-81.5	69-72.5	79.5-84.5	147-158
XL	81.5-88.5	72.5-75.5	84.5-89.5	158-170



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 FEVRIER 2020**



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					

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ☐ non ☐

ALIMENTAIRES ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES

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

.....

.....

.....



à titre indicatif susceptible d'être modifié

	lundi 24 février 2020	mardi 25 février 2020	mercredi 26 février 2020	jeudi 27 février 2020	vendredi 28 février 2020	
9h	Accueil	Accueil	Accueil	Accueil	Accueil	
	Présentation du stage	Jeu : Challenge quotidien	Jeu : Challenge quotidien	Jeu : Challenge quotidien	Jeu : Challenge quotidien	
10h	Séance terrain	Futsal	Foot Golf	Zoo	Séance terrain	
11h						
12h						
	Douche	Douche	Douche			Douche
13h	Repas	Repas	Repas			Repas
	Tennis ballon	Curling foot	Bowling			Crossbar Challenge
14h	Action éducative	Action éducative				Tournoi
15h	Séance terrain	Mini tournoi				
16h						
	Douche	Douche	Douche	Douche	Douche	
17h	Gouter - Bilan	Gouter - Bilan	Gouter - Bilan	Gouter - Bilan	Gouter - Bilan	
	Fin de journée	Fin de journée	Fin de journée	Fin de journée	Fin de journée	