



NOTICE D'INFORMATION

Stage ASR FOOTBALL

Enfants âgés de **6 à 13 ans** (de U7 à U13)

Au Stade Henri Fouchard du Lundi 15 au Vendredi 19 AVRIL 2019
(Sortie le mercredi).

HORAIRES DE FONCTIONNEMENT

- **Le matin** : accueil des enfants entre 8h15 et 8h45.
- **Le soir** : pour les enfants rentrant seuls, départ du stade à 17h15.
- : pour les enfants récupérés par les parents, départ entre 16h45 et 17h15.

RESTAURATION

Les enfants déjeunent à midi dans la salle de restauration du stade.

(Repas fourni par le club)

EQUIPEMENTS A APPORTER

- Maillot, short, chaussettes de foot (affaires de pluie en cas de mauvais temps)
- Chaussures de foot (stabilisées ou moulées)
- Baskets (en cas de séance en salle)
- Bouteilles d'eau ou gourde

PRECISIONS IMPORTANTES

- Nous vous demandons d'être ponctuels (horaires d'arrivée et de départ).
- En cas d'absence, prévenir rapidement le responsable du stage.
- La participation au stage implique un comportement correct et respectueux.

ENCADREMENT

Par les éducateurs du club

TARIF (à la semaine)

- Pour les licenciés du club : 120 €
 - Pour les non licenciés : 130 €
- (Attention, un certificat médical obligatoire doit être fourni dans ce cas là)*

RESPONSABLE DU STAGE

EXBRAYAT Jérôme 06.68.02.28.26

ATTENTION : Le vaccin DT POLIO doit être obligatoirement à jour (moins de 5 ans)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FORMULAIRE A REMPLIR ET A SIGNER (un par enfant)



ENFANT

Nom Prénom

Sexe(1) M F

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

VACCIN OBLIGATOIRE (1)	Oui	Non	Nom et date (2) du dernier rappel	
DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/.../.....

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS CI-DESSUS, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? (1) 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).

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

ASTHME (1) oui non MEDICAMENTEUSES (1) oui non

ALIMENTAIRES (1) oui non AUTRES (animaux, pollen,...) (1) oui non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? (1) Oui Non

Si oui, lequel

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant)

.....

4-RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom Prénom

Tél dom Tél port

MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom Tél

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : .../.../.....(2)

(1) case à cocher selon votre choix

(2) jj/mm/aaaa

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL

CERTIFICAT MEDICAL (si l'enfant n'a pas de licence)

Je soussigné(e), Docteur.....

- certifie que l'enfant..... né(e) le ___/___/_____

ne présente aucune contre-indication à la pratique du football.

- atteste que cet enfant est à jour de sa vaccination DT Polio

Cachet du médecin

A.....

Le.....

Signature :

