



FOOTBALL CLUB CHALONNAIS

Siège social : 16 rue Pierre de Coubertin
71100 CHALON SUR SAÔNE
Tél. 09 65 37 77 45
Fax 03 85 41 90 33
E-mail : chalon.fc@lbfc-foot.fr
Site internet : fcchalon.com



DOSSIER D'INSCRIPTION

Je souhaite inscrire mon enfant né entre 2015 et 2017 au stage vacances organisé par le FC CHALON durant la semaine du 10 juillet au 13 juillet 2023.

ENFANT STAGIAIRE

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Sexe :
Club :
Poste :

CORRESPONDANCE

L'adulte responsable : Père Mère Tuteur
Nom et Prénom :
Adresse :
Code postale : Ville :
Téléphone fixe : Email :
Portable (mère) : Portable (père) :
L'adulte responsable est-il la personne à contacter en cas d'urgence ? OUI NON
Si non, merci d'indiquer les coordonnées : Nom et Prénom :
Tél :

TARIFS ET DATES

Semaine du 10 au 13 juillet 2023 les après midi

50€ la semaine

REGLEMENT

Le paiement dans sa totalité doit être joint au dossier d'inscription complet, dans le cas contraire l'inscription ne sera malheureusement pas validée.

Règlement par coupon sport ANCV, chèques ou espèces acceptés.

Association fondée le 30/06/1926 – Ligue de Bourgogne – F.F.F – N°506732 – Agrément Jeunesse et Sport N°15012
Terrain Stade Léo-Lagrange – Rue Pierre de Coubertin – Tél. 09 65 37 77 45
Couleur : Maillot jaune et bleu – Short et bas bleus

PIECES A FOURNIR

- ☐ Dossier d'inscription complet
- ☐ Règlement de sa totalité
- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Certificat médical datant de moins de 3 mois
- ☐ Photocopie des vaccinations
- ☐ Photocopie pièce d'identité ou livret de famille
- ☐ 1 Photo (à coller)

ASSURANCE

- En cas de négligence ou d'une faute de la part du FC Chalon du fait de l'organisation du stage, ce dernier est couvert par le biais d'une assurance « responsabilité civile ».
- Tout autre incident et/ou accident doit être couvert par l'assurance personnelle du stagiaire.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame Monsieur

- Autorise mon enfant à participer au stage choisi dont les dates sont précisées ci-dessus
- Autorise l'organisateur) utiliser des images, photos et vidéos de mon enfant à des fins pédagogiques, publicitaire ou informatives susceptibles d'être utilisées librement et gracieusement dans des supports ultérieurs ou sur le site internet du FC Chalon.
- Autorise l'organisateur à conduire mon enfant dans un véhicule du FC Chalon en cas de besoin et dégage l'organisateur de toutes responsabilités.
- Autorise l'organisateur à donner en mon lieu et ma place, toutes autorisations nécessaire pour acte opératoire et d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident.
- Déclare avoir pris connaissance du prix du stage et m'engage à verser la somme convenue.
- A la fin de la journée de stage, à défaut de venir personnellement chercher mon enfant j'autorise :
 - M. ou Mme A venir récupérer mon enfant.
 - Mon enfant mineur à rentrer chez lui par ses propres moyens.

Conformément à la loi informatique et liberté, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications.

Fait à Le :

Signature précédée de la mention

« Lu et Approuvé »

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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'ENFANTL'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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
