



# 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@lbfcc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lbfcc-foot.fr)  
Site internet : [fcchalon.com](http://fcchalon.com)



## DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE FUTSAL U9 à U13.

Je souhaite inscrire mon enfant né entre 2015 et 2011 au stage vacances organisé par le FC CHALON durant la semaine du 19 février au 23 février 2024.

### ENFANT STAGIAIRE

Nom : ..... Date de Naissance : .....  
Prénom : ..... Sexe : .....  
Club (si licencié(e)) : .....  
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 19 février au 23 février 2024.

120€ la semaine

25€ la journée – Préciser les jours (plusieurs jours possible – 2 jours minimum)

### 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.



# 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@lbfcc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lbfcc-foot.fr)  
Site internet : [fcchalon.com](http://fcchalon.com)



## 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 »



# 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@lffc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lffc-foot.fr)  
 Site internet : [fcchalon.com](http://fcchalon.com)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familiales

cerfa  
N° 1006812

## 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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoque				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'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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 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@lffc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lffc-foot.fr)  
Site internet : [fcchalon.com](http://fcchalon.com)



## 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 D'UNE 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

---

---

---

---

---

---