



# 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)



## REGLEMENT INTERIEUR STAGE VACANCES FOOTBALL CLUB CHALONNAIS

### Article 1 – Respect d'autrui :

Les stagiaires doivent respecter toute personne, qu'il soit éducateur, personnel, mais aussi camarades du stage.

Tout comportement violent et irrespectueux sera sanctionné et sera motif de renvoi.

Suite à un renvoi disciplinaire, le responsable légal s'engage à venir chercher l'enfant au stade le jour de son renvoi. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée.

### Article 2 – Acceptation d'un enfant au stage :

Le club se réserve le droit d'accepté ou non un enfant durant le stage vacances.

(Tout enfant ayant déjà été renvoyé d'un précédent stage ou ayant eu des comportements litigieux jugés inacceptables au sein du club ne sera pas accepté).

### Article 3 – Sorties :

Pendant la semaine, les stagiaires sont sous notre surveillance permanente. Le régime des sorties est contrôlé par les participants s'engagent à respecter les horaires et les règles convenus avec les équipes d'encadrement. La « prise en charge par un tiers » n'est valable que pour le départ de fin de stage.

### Article 4 – Matériel :

Tout matériel doit être utilisé avec précaution. Tout stagiaire responsable de dégradations pendant son séjour verra la responsabilité civile de ses responsables légaux ou tuteurs engagés et devra régler les frais de remise en état.

### Article 5 – Argent de poche :

Tout stagiaire ayant de l'argent de poche pour une sortie est responsable de son argent, le club se décharge de tout vol ou perte d'argent.

### Article 6 – Portables :

Les portables sont interdits durant le stage, ils ne sont autorisés que pour appeler son représentant légal avec l'accord de l'équipe encadrante.



# FOOTBALL CLUB CHALONNAIS

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



## Article 7 – Traitements médicaux :

Si pendant le séjour, un stagiaire est sous traitement médical, joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance à l'arrivée et remettre à l'encadrement un sac au nom de l'enfant contenant ses médicaments.

Faire connaître les allergies éventuelles dans la fiche sanitaire et joindre le certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir lors de l'inscription.

## Article 8 – Protection des données personnelles et droit à l'image :

Les données personnelles du séjour collectés lors de la réservation ont pour finalité le traitement de la commande et la gestion de la réservation.

Des photos et vidéos sont réalisées lors de la semaine de stage. Elles sont utilisées dans le but d'être diffusé sur les réseaux sociaux du club (facebook, instagram, tik tok), et de la promotion des prochains stages.

Si vous ne souhaitez pas autoriser l'utilisation des photos et vidéos sur lesquelles figure votre enfant, il suffit de barrer la mention prévu à cet effet dans le dossier d'inscription.

## Article 9 – Règlement intérieur :

Tout faits allant à l'encontre du présent règlement sera sanctionné d'un renvoi immédiat du stage.

Signature Représentant légal (légaux)

Signature du Président du  
FOOTBALL CLUB CHALONNAIS

FOOTBALL CLUB CHALONNAIS  
16, rue Pierre de Coubertin  
71100 CHALON SUR SAÛNE  
Tél. 09 65 37 77 45  
[chalon.fc@lbfc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lbfc-foot.fr)  
SIRET 410 128 953 000 24  
F.F.F. N°506732  
Agrément Jeunesse et Sport N°15012



# 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 U8 à U13.

Je souhaite inscrire mon enfant né entre 2016 et 2011 au stage vacances organisé par le FC CHALON durant la semaine du 15 avril au 19 avril 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 15 avril au 19 avril 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° 1006112

## 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@lbfcc-foot.fr](mailto:chalon.fc@lbfcc-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

---

---

---

---

---

---