



STAGE 2008 FICHE D'INSCRIPTION

Session 1 : Du 6 au 11 Juillet 2008
Session 2 : Du 13 au 18 Juillet 2008
Session 3 : Du 20 au 25 Juillet 2008
Session 4 : Du 27 Juillet au 1^{er} Août 2008

} Intensive Foot

PHOTO
D'IDENTITE
OBLIGATOIRE

STAGIAIRE

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Club actuel : _____ Niveau (compétition) _____ Poste : _____

Taille : _____ Poids : _____

Souhaite être en chambre avec (Nom) : _____ (Prénom) : _____

CORRESPONDANCE

Nom du père ou du responsable : _____ Profession du père : _____

Nom de la mère : _____ Profession de la mère : _____

Adresse de correspondance (père, mère ou tuteur légal*) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Tel bur : _____ Portable : _____

Email : _____ N°S.S. : _____

(* : rayez la mention inutile)

LA FICHE MEDICALE

Personne à contacter en cas d'absence de la famille :

NOM : Prénom : Tel :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes (rayez la mention inutile)

Varicelle oui non **Coqueluche** oui non **Oreillons** oui non

Rubéole oui non **Scarlatine** oui non **Rougeole** oui non

Angine oui non **Otite** oui non **Rhumatisme** oui non

Paracétamol (doliprane) ou **Aspirine** (upsa, aspegic...)

L'enfant a-t-il les allergies suivantes (rayez la mention inutile)

Ashme oui non **Alimentaire** oui non **Médicamenteuse** oui non **Autres** oui non

Suit-il un traitement : si oui, lequel : _____

(si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments)

Suit-il un régime alimentaire : si oui, lequel : _____

Indiquez ci-après : les Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...) en précisant les dates et précautions à prendre



NOM de l'enfant : _____
Stage Session N° :

VACCINATIONS :	Date du vaccin	Date du dernier rappel
DT-Polio	_____	_____
DT-Coq	_____	_____
Tétracoq	_____	_____
Anti-polio	_____	_____
Hépatite B	_____	_____
BCG	_____	_____

Je, soussigné (*père, mère ou tuteur légal**) NOM _____ PRENOM _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Autorise mon enfant _____ à participer aux activités organisées dans le cadre du stage et accepte ainsi les conditions générales ci-dessus.

Autorise le Directeur du stage à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires en cas d'urgence, d'accident, ou tout autre cas grave.

Hôpital de Châteauroux Clinique privée (nom : _____)

Si votre enfant arrive et/ou repart par le train, merci de nous préciser les horaires:
Arrivée en Gare de Châteauroux le (date): _____ à (heure précise) : _____
Départ de la Gare de Châteauroux le (date) : _____ à (heure précise) : _____

J'autorise ainsi la Direction à assurer le trajet Gare – La Tremblère de mon enfant mineur et la décharge de toute responsabilité sur le trajet.

« Lu et Approuvé » à : _____ le : _____

SIGNATURE :

* : *rayez la mention inutile*

J'AI CONNU LES STAGES VACANCES FOOTBALL

Par la presse Par la radio sur le Site Internet de La Berri
 Par le bouche à oreille sur un autre site =
 Ex stagiaire
 Autres : _____