

# BULLETIN D'INSCRIPTION

STAGES FOOTBALL ASSE

Je souhaite inscrire mon enfant âgé de 8 à 16 ans, à l'un des stages de football ASSE. Pour toute inscription, possibilité de paiement en 3 fois sans frais (nous consulter au 04 77 91 15 65).

Ces stages sont ouverts aux filles et aux garçons.

## DATES DE STAGES

~~S1 : 07/07/24 - 12/07/24~~  
S2 : 14/07/24 - 19/07/24  
S3 : 21/07/24 - 26/07/24  
S4 : 28/07/24 - 02/08/24  
S5 : 04/08/24 - 09/08/24

Possibilité de récupérer en gare de Saint-Étienne Chateaucieux le stagiaire entre 16h et 17h le dimanche avec retour assuré aux mêmes heures le vendredi (fin de stage).

## STAGES CHOISIS

(DANS L'ORDRE DE PRÉFÉRENCE)

CHOIX N°1 : STAGE N° .....  
CHOIX N°2 : STAGE N° .....  
CHOIX N°3 : STAGE N° .....

## FORMULE CHOISIE

(COCHEZ UNE CASE)

FORMULE CLASSIQUE (520€)

FORMULE SPÉCIFIQUE (450€)

FORMULE 1/2 PENSION (310€)

OPTION TRANSPORT (60€)

## STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Poste occupé : .....

Sexe : M  F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ..... Lieu : .....

Adresse : .....

## PARENTS

Prénom et Nom du titulaire de l'autorité parentale :

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel domicile : ..... Tel bureau : ..... Tel portable : .....

Adresse email : .....

N° sécurité sociale : ..... N° mutuelle : .....

## AUTORISATION PARENTALE

(si l'enfant part avec une personne autre que celle détenant l'autorisation parentale)

Prénom et Nom : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : .....

Tel domicile : ..... Tel bureau : .....

Tel portable : .....

Adresse email :

J'accepte que toutes les photos ou images prises de mon enfant pendant la durée du stage soient utilisées librement et gracieusement dans le cadre d'opérations promotionnelles ultérieures de l'ASSE. Je déclare renoncer à tout droit à l'image s'y opposant. J'accepte de recevoir les actualités et promotions de l'AS Saint-Étienne.

Attention, il est obligatoire de joindre à ce bulletin d'inscription :

- La fiche sanitaire
- Le certificat médical (ou la photocopie de licence)

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE DU STAGIAIRE :





# 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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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'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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**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

---

---

---

---

---

---