



# SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

## LA FOUILLADE (12)

### DOSSIER D'INSCRIPTION ETE 2018

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le vendredi 6 juillet 2018 :

Association « Droit au Lac »

17 route de Laudinie

12270 LA FOUILLADE

[contact@laudinie.fr](mailto:contact@laudinie.fr)

Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant la **totalité des éléments** suivants :

- **Les feuilles de renseignements généraux et sportifs** dûment complétées (feuilles ci jointes)
- **L'autorisation parentale et de droit à l'image** remplies correctement (feuille ci-jointe)
- **La fiche sanitaire de liaison** (fiche ci jointe – Ministère Jeunesse et Sports.)
- **La photocopie de la licence de la saison en cours** (datant de moins de 12 mois au 1<sup>er</sup> jour de stage)
- Pour les **non licencié en club**, une **photocopie recto-verso de la carte d'identité, une photo d'identité et un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.**
- **Le formulaire financier** avec la totalité du règlement ou un acompte de 100 euros et le solde à régler au premier jour du stage (à l'ordre de l'association « Droit au Lac » avec le nom du stagiaire au dos)
- **L'attestation du « Savoir nager 20 mètres »** délivrée par un maître-nageur certifiée

*La fiche sanitaire doit nous parvenir et être actualisée même si votre enfant a participé à un séjour les années précédentes.*

Vous recevrez ensuite, quelques jours avant le début du stage, la liste des éléments à apporter et la convocation pour le début du séjour.

Site internet : [www.laudinie.fr](http://www.laudinie.fr)

Email : [contact@laudinie.fr](mailto:contact@laudinie.fr)

Adresse : 17 route de Laudinie 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 06 45 61 28 52



## RENSEIGNEMENTS GENERAUX



### Stagiaire :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Fille  Garçon

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom de la mutuelle : .....

### Responsable légal :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel. domicile : ..... Portable : .....

Email : .....



## AUTORISATION PARENTALE ET DROIT A L' IMAGE

Je soussigné(e) (responsable légal) .....

demeurant à (adresse).....

autorise mon enfant .....

à participer aux activités organisées dans le cadre des « Séjours de Vacances Droit au Lac ».

En outre, *(cochez les cases correspondantes)*

J'autorise le directeur ou l'assistant sanitaire du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui serait ordonné par le médecin.

J'autorise l'organisation des séjours à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (photos et films), pédagogiques, publicitaires ou informatives dans le cadre de nos stages, de brochures ou sur notre site internet, sans demander d'indemnisation. Cette autorisation est consentie à titre gracieux et pour une durée de cinq ans exploitée par l'association « Droit au lac ».

J'autorise l'encadrement des séjours à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités.

L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.

Nom de l'assurance : ..... Numéro du contrat : .....

Fait à .....

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé – bon pour autorisation »)

Le .....



## FORMULAIRE FINANCIER

NOM : ..... Prénom : .....

### Semaines choisies :

- Du dimanche 15 au vendredi 20 juillet 2018
- Du dimanche 22 au vendredi 27 juillet 2018
- Du dimanche 29 juillet au vendredi 3 août 2018
- Du dimanche 5 au vendredi 10 août 2018

### Formules choisies :

- Prix « demi-pension 4 jours »  
Nombre : ..... x 245 € = ..... €

- Prix « pension complète 4 jours »  
Nombre : ..... x 295 € = ..... €

- Réduction parrainage = - 10 €

→ Retrouvez nos offres réduction sur le site Internet, onglet « Calendrier et Tarifs »

- PACK CLUB
- PACK FAMILLE
- PACK PARRAINAGE
- PACK AVRIL / ETE

NOM Prénom du filleul ( N'ayant jamais participé à Droit au Lac ).....

MONTANT TOTAL = ..... €

Acompte de 100 € ou totalité à joindre impérativement au dossier = ..... €  
( avec le Nom Prénom du stagiaire au dos du chèque )

Total du solde restant à régler le premier jour du stage = ..... €

Signature du responsable légal :



## RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

NOM ..... Prénom .....

### Football :

Licencié en club de football : OUI  NON

Numéro de licence : ..... Poste : .....

Club : .....

Championnat : District Ligue National / Fédéral

Nombre d'année(s) de pratique : .....

Nombre d'entraînement(s) par semaine : 1 2 3 4 5

Taille : ..... cm Poids : ..... kg Pointure : .....

Autres sports, loisirs, passions ... .....

### Équipement :

Le premier jour du stage, le stagiaire se verra remettre une tenue NIKE (short + maillot) floquée à son effigie (prénom ou surnom, numéro favori et logo « Droit au Lac »). Les renseignements ci-dessous sont nécessaires à la commande de ce dernier.

Taille (ex : XS, S, M...) de l'équipement..... N° : .....

Prénom ou surnom à floquer au dos .....

Nombre de semaine(s) déjà effectuée(s) à Droit au Lac ( hormis 2018 ) 0 1 2 3 4 5



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 MEDICAUX 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	



# ASSOCIATION DROIT AU LAC

Séjours vacances 2018

Agréée Jeunesse et Sports sous le numéro 004 2013 F

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui  non                       MEDICAMENTEUSES                      oui  non   
ALIMENTAIRES                      oui  non                       AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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**.  
LES **REGIMES PARTICULIERS** DE L' ENFANT ( ALIMENTS PROSCRITS, INTOLERANCE, ETC... )

.....  
.....  
.....

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....

---

#### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigné, .....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.*

Date :

Signature :

Site internet : [www.laudinie.fr](http://www.laudinie.fr)

Email : [contact@laudinie.fr](mailto:contact@laudinie.fr)

Adresse : 17 route de Laudinie 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 06 45 61 28 52