



SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

LA FOUILLADE (12)

DOSSIER D'INSCRIPTION AVRIL 2019

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le **vendredi 5 avril 2019 dernier délais** :

Association « Droit au Lac »
Centre de Laudinie
17 route de Laudinie
12270 LA FOUILLADE
contact@laudinie.fr

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

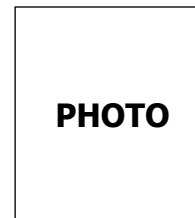
- **Les feuilles de renseignements généraux et sportifs** dûment complétées (feuilles ci jointes)
- **L'autorisation parentale et de droit à l'image** remplies correctement (feuille ci-jointe)
- **La fiche sanitaire de liaison** (fiche ci jointe – Ministère Jeunesse et Sports.)
- **La photocopie de la licence de la saison en cours OU 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 ou test préalable à la pratique des activités aquatiques en Accueil Collectif de Mineurs »** délivrée par un maître-nageur certifié.

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 affaires à prévoir pour le séjour ainsi que la convocation.



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 :

Semaine choisie :

- Du mercredi 24 au vendredi 26 avril 2019

Formules choisies :

- Prix « demi-pension 2 jours » : accueil le jeudi matin
Nombre : x 95 € = €

- Prix « pension complète 3 jours » : accueil le mercredi soir
Nombre : x 145 € = €

- Réduction parrainage = - 10 €
→ *Retrouvez nos offres réduction sur le site Internet, onglet « Calendrier et Tarifs »*

- PACK CLUB
 PACK FAMILLE
 PACK PARRAINAGE

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 un maillot NIKE floqué 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) :



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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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"/>	

