



# SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

## LA FOUILLADE (12)

### DOSSIER D'INSCRIPTION ETE 2019

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le **vendredi 7 juin 2019 dernier délais** :

Association « Droit au Lac »  
Centre de Laudinie  
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 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 :

- Semaine 1 : du dimanche 7 au vendredi 12 juillet 2019
- Semaine 2 : du dimanche 14 au mercredi 17 juillet 2019

Formules choisies :

- Prix « demi-pension 5 jours » semaine 1 : accueil le lundi matin  
Nombre : ..... x 245 € = ..... €
- Prix « pension complète 6 jours » semaine 1 : accueil le dimanche soir  
Nombre : ..... x 295 € = ..... €
- Prix « demi-pension 3 jours » semaine 2 : accueil le lundi matin  
Nombre : ..... x 145 € = ..... €
- Prix « pension complète 4 jours » : accueil le dimanche soir  
Nombre : ..... x 195 € = ..... €
  
- 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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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	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"/>	



# ASSOCIATION DROIT AU LAC

Séjours vacances 2019

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