



# SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

## LA FOUILLADE (12)

### DOSSIER D'INSCRIPTION FEVRIER 2019

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le **vendredi 8 février 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*)

**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 dimanche 3 au mercredi 6 mars 2019

Formules choisies :

- Prix « demi-pension 3 jours » : 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			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	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

MEDICAMENTEUSES

oui  non

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



*Agréée Jeunesse et Sports sous le numéro 004 2013 F*

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ 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 :