



STAGE de
PERFECTIONNEMENT GARDIEN DE BUT

GARÇONS / FILLES

Dossier d'inscription AVRIL 2018

STAGE de U9 à U15

Du lundi 16 au mercredi 18 avril 2018

Du lundi 16 au vendredi 20 avril 2018

Du lundi 23 au mercredi 25 avril 2018

Du lundi 23 au vendredi 27 avril 2018

Dossier à retourner avant le 12 avril 2018 (date limite)

Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant :

- ❖ Les feuilles de renseignements généraux jointes.
- ❖ L'autorisation parentale et de droit à l'image remplie correctement (feuille ci-jointe)
- ❖ La fiche sanitaire de liaison (fiche ci-jointe)
- ❖ Le règlement est de
- ❖ 150 € pour le licencié du BSC pour 3 jours
- ❖ 200 € pour le non licencié du BSC pour 3 jours
- ❖ 250 € pour le licencié du BSC pour 5 jours
- ❖ 300 € pour le non licencié du pour 5 jours



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS
GÉNÉRAUX

Stagiaire :

NOM : _____ **Prénom** _____

Date de naissance : _____ **Sexe :** M F

Adresse : _____

CP : _____ **Ville :** _____

Responsable légal :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Tel : _____ **Portable :** _____

E-mail : _____



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Nom du club d'appartenance : _____

Si licencié :

Catégorie : U9-U10-U11-U12-U13-U14-U15

Numéro de licence : _____ (sauf licencié du BSC)

Club : _____

ÉQUIPEMENT :

Le premier jour du stage, le stagiaire se verra remettre un tee-shirt floqué et une paire de gants.

Les renseignements ci-dessous sont nécessaires à la commande de ces derniers.

Taille tee-shirt : _____

Taille des gants : _____

Prévoir short, chaussettes, k-way, gourde, gants



AUTORISATION PARENTALE ET DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (responsable légal) _____

Demeurant (adresse) _____

Autorise mon enfant _____

À participer aux activités organisées dans le cadre du stage de perfectionnement gardien du BSC.

J'autorise le responsable du stage 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 seraient ordonnées par le médecin.

J'autorise le club du BSC à prendre, publier, utiliser la présentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (publicité, communication), sans demander d'indemnisation.

J'autorise l'encadrement du stage 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 du tiers lésé.

Nom de l'assurance : _____

Numéro du contrat : _____

Fait à : _____

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

(Précédée de la mention : « lu et approuvé, bon pour autorisation »)

Le : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 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"/>	

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
