



SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

PONT DE SALARS (12)

DOSSIER D'INSCRIPTION 2018

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le vendredi 15 Juin 2018 :

Association « Droit au Lac »

Maison du Foot

Cité du stade

12450 FLAVIN

contact@droitaulac.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.)
- Pour les **enfants licenciés dans une association sportive**, la **photocopie de la licence de la saison en cours** (datant de moins de 12 mois au 1^{er} jour de stage)
- Pour les enfants **non licencié dans une association sportive**, 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 certifié pour les enfants n'ayant jamais fourni cette attestation auprès de l'association.

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.droitaulac.fr

Email : contact@droitaulac.fr

Adresse : Maison du Foot – Cité du stade 12450 FLAVIN

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 lundi 9 au vendredi 13 juillet 2018
- Du lundi 16 au vendredi 20 juillet 2018
- Du lundi 23 au vendredi 27 juillet 2018
- Du lundi 30 juillet au vendredi 3 août 2018

Formules choisies :

Prix « demi-pension 5 jours »
Nombre : x 245 € = €

Prix « pension complète 5 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

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 :

Site internet : www.droitaulac.fr

Email : contact@droitaulac.fr

Adresse : Maison du Foot – Cité du stade 12450 FLAVIN

Téléphone : 06 45 61 28 52



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° à floquer au dos :

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 6

Site internet : www.droitaulac.fr

Email : contact@droitaulac.fr

Adresse : Maison du Foot – Cité du stade 12450 FLAVIN

Téléphone : 06 45 61 28 52



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"/>	



ASSOCIATION DROIT AU LAC

Séjours vacances 2018

Agréée Jeunesse et Sports sous le numéro 004 2013 F

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES 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.droitaulac.fr

Email : contact@droitaulac.fr

Adresse : Maison du Foot – Cité du stade 12450 FLAVIN

Téléphone : 06 45 61 28 52