



SEJOURS FOOTBALL DROIT AU LAC

PONT DE SALARS (12)

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026

Dossier à retourner à l'adresse suivante avant le 3 mai 2026 :

Association « Droit au Lac »
Maison du Foot
465 Rue du Stade
12450 FLAVIN

Votre demande d'inscription sera validée, **après pré-inscription obligatoire par SMS au 06 45 61 28 52, retour positif par message de notre part**, et réception de votre dossier complet comprenant la **totalité des éléments** suivants :

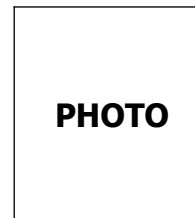
- **Les feuilles de renseignements généraux et sportifs** dûment complétées
- **L'autorisation parentale et de droit à l'image** remplies correctement
- **La fiche sanitaire de liaison.** *La fiche sanitaire doit nous parvenir et être actualisée même si votre enfant a participé à un séjour les années précédentes.*
- 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 (chèque à l'ordre de l'association « Droit au Lac » avec le nom du stagiaire et la semaine choisie au dos). Le chèque sera encaissé pendant la semaine du séjour.
- **L'attestation du « Savoir nager 20 mètres »** délivrée par un maître-nageur certifié. **AUCUNE ACTIVITE NAUTIQUE ne pourra être réalisée par l'enfant sans cette attestation.** *Nous transmettre ce document même si votre enfant a déjà participé aux stages Droit au Lac les années précédentes.*

Vous recevrez ensuite par mail, au cours du mois de Juin, la liste des éléments à apporter et la convocation pour le début du séjour.

Aucun message ne sera envoyé lors de la réception du dossier.



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(s) choisie(s) :

- Du lundi 06 au vendredi 10 juillet 2026
- Du lundi 13 au vendredi 17 juillet 2026
- Du lundi 20 au vendredi 24 juillet 2026
- Du lundi 27 au vendredi 31 juillet 2026

Formules choisies :

- Prix « demi-pension 5 jours »
Nombre de semaine : x 270 € = €
- Prix « pension complète 5 jours »
Nombre de semaine : x 330 € = €

MONTANT TOTAL = €

Inscrire le nom et prénom de l'enfant ainsi que la semaine choisie au dos du chèque.
Paiement comptant en un seul chèque. L'encaissement sera effectué au cours de la semaine effectuée par l'enfant.

Pour les familles disposant d'aides de la part de la Mutuelle Sociale Agricole, de Comité d'Entreprise, Chèques Vacances, merci de joindre le règlement total. Le chèque ne sera pas encaissé, une mise au point personnalisée sera effectuée 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 une tenue (short + maillot) floquée à son effigie (prénom ou surnom, numéro favori et logo « Droit au Lac »). Les renseignements ci-dessus (taille et poids) et ci-dessous sont nécessaires à la commande de la tenue.

Taille (ex : XS, S, M...) de l'équipement..... N° à floquer au dos :

Prénom ou surnom à floquer au dos :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code De l'action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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).

Table with 6 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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 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 ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.



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 :