



FICHE D'INSCRIPTION

VACANCES DE PRINTEMPS 23/24/25/26 Octobre

Stage le lundi 23, mardi 24, mercredi 25 et jeudi 26 Octobre 2023

Organisé par le Club de Football de l'ES ST CERBOUILLÉ pour les FILLES et les GARCONS
nés de **2011 à 2014 (licenciés et non licenciés)**

Accueil le Lundi 23 de 9h à 9h30 au Stade de Cersay (79290 Val En Vignes)

*planning ci-joint

➤ Informations Complémentaires

- Coût du stage :
65 € (Chèque ou Espèces) pour les licenciés au club. **75€** pour les non licenciés
 - Chèque à l'ordre suivant : ES ST CERBOUILLÉ
- Lieux du stage :
 - Lundi, Mardi et Jeudi au Stade de Cersay
 - Mercredi, à Saumur Forest Aventures
- Prévoir pique-nique et gourde personnelle pour les quatre jours.
- Pour le stage, prévoir : Tenue de football (chaussures de football, protèges tibias...), tenue de rechanges, baskets, gourde et sweat (mercredi).
- TOCREAU Matthieu 06.24.16.56.76 matthieutoc@hotmail.fr

Dossier à remettre sous enveloppe cachetée à Matthieu TOCREAU ou dans
la Boite aux Lettres du Club : 3 Chemin de la Croix Landais – CERSAY - 79290 Val En Vignes

*L'Inscription sera validée à la réception des documents et du règlement. (En cas de désistement,
le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'un certificat médical)*

➤ STAGIAIRE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :CODE POSTAL.....VILLE.....,

Date De Naissance :

Licencié : Oui Non au club de

Numéro Sécurité Social :

Informations utiles concernant le/la jeune (maladie, allergie ...):

.....
(Merci de Joindre la copie des vaccins)

➤ REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné Mr ou Mme

Domicilié à (Si adresse différente du jeune) :

Tél Fixe :Tél Portable :

Adresse mail :

Inscrit l'Enfant :

A participer au Stage organisé par l'ES ST CERBOUILLÉ sous la responsabilité de son éducateur Salarié (TOCREAU Matthieu)

➤ DIVERSES AUTORISATIONS :

Je soussigné Mr/Mme.....

autorise mon enfant.....

- à être transporté en bus ou voiture si besoin*
- à être pris en photos, vidéos et à ce qu'elles soient diffusées sur les différents supports à disposition (affichage, diapo, presse, réseaux sociaux...) *
- à participer à toutes les activités proposées pendant le séjour*
- à être transporté par les pompiers et être hospitalisé en cas d'urgence*

Date :

Signature :

*rayer les mentions inutiles

PLANNING STAGE

DATES HORAIRES	LUNDI 23 OCTOBRE	MARDI 24 OCTOBRE	MERCREDI 25 OCTOBRE	JEUDI 26 OCTOBRE
9H00 – 9H30	<u>ACCUEIL</u> (au Stade De Cersay)	<u>ACCUEIL</u> (au Stade De Cersay)	<u>ACCUEIL</u> (au Stade De Cersay)	<u>ACCUEIL</u> (au Stade De Cersay)
9H30 – 10H00	Présentation Journée	Présentation Journée	Présentation Journée	Présentation Journée
10H00 – 12H30	Séance Terrain N°1 (Jeux Réduits + Jeux à Thème)	Action PEF	SAUMUR FOREST AVENTURE	Séance vidéo
12H30 – 13H30	Pique-Nique + Temps Libre	Pique-Nique + Temps Libre	Pique-Nique + Temps Libre	Pique-Nique + Temps Libre
14H00 – 16H30	Tournois au city Stade de Bouillé St Paul	Séance Terrain N°2 (Jeu Court/Jeu Long + Garder le temps d'avance)	SAUMUR FOREST AVENTURE	TOURNOI Ligue des Champions
16H30 – 17H00	Gouter (Fourni par le club)	Gouter (Fourni par le club)	Gouter (Fourni par le club)	Gouter (Fourni par le club)
17h00 – 17h30	Départ	Départ	Départ	Départ

ATTENTION : Le Planning est susceptible d'évoluer en fonction de la météo ou autres soucis logistiques !!!



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

Accueil : Dates du séjour :

séjour de vacances
 accueil de loisirs
 séjour dans une famille

Adresse :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par l'organisateur du stage à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : TOCREAU Matthieu .06.24.16.56.76 _ matthieutoc@hotmail.fr

Stade de Cersay – 3 Chemin de la croix landais – CERSAY - 79290 Val En Vignes