



PHOTO

Stagiaire

NOM : **Prénom :**

Né(e) le :/...../..... **à** **Sexe :** M ☐ F ☐

Adresse :

Licencié(e) en club : Oui / Non

Si oui, précisez le club, la catégorie et le poste :

Pointure :

Taille en cm :

Responsable légal 1 Lien avec l'enfant :	Responsable légal 2 Lien avec l'enfant :
Nom : Prénom : Adresse :	Nom : Prénom : Adresse :
N° portable : N° travail : Adresse mail :	N° portable : N° travail : Adresse mail :

Contacts à prévenir en cas d'urgence

Hors responsables légaux

Noms / Prénoms	Lien avec l'enfant	N° téléphone

Horaires

• **Accueil du matin :** 9h30-9h45

• **Accueil du soir :** 17h-17h30

• **Pré-accueil-garderie** possible le matin entre 7h30 et 9h30 ainsi que le soir de 17h30 à 18h20.
Si intéressés, merci de communiquer **obligatoirement** les jours et horaires souhaités ci-dessous : *

.....
.....
.....

Informations

• **Prévoir :**

- Affaires de football (futsal et foot en herbe) + gants pour les gardiens
- Pique-nique
- Gourde

• **Organisation :** séance de futsal et séance de foot en herbe l'après-midi (selon météo)

Toussaint 2025

Stage n°1 : catégories U8 (2018), U9 (2017), U10 (2016), U11 (2015), U12 (2014), U13 (2013)
Stage n°2 : catégorie U7 (2019 - 6 ans révolus)

☐ **Stage n°1 du lundi 20 au vendredi 24 octobre - Semaine complète 85€**

☐ **Stage n°1 du lundi 20 au vendredi 24 octobre- à la journée (20€/jour), cocher**

☐ **Lundi 20 octobre**

☐ **Mardi 21 octobre**

☐ **Mercredi 22 octobre**

☐ **Jeudi 23 octobre**

☐ **Vendredi 24 octobre**

☐ **Stage n°2 du lundi 20 et Mardi 21 octobre - 40 €**

Nota : La direction se réserve le droit de refuser un enfant non-inscrit.

Date limite d'annulation : Lundi 13 octobre.

Fiche sanitaire

Autorisations

Médecin : Téléphone :

Groupe sanguin :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?

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.

Merci de nous joindre la copie du carnet de vaccination.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? *Si oui, entourez.*

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

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 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

L'ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (SANS PORC, SANS BŒUF, ETC...) PRÉCISEZ.

Je soussigné(e)....., responsable légal de

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des stages Foot PAC VAC'.
- Autorise le Directeur des Stages Foot PAC VAC' à faire soigner mon enfant et le faire hospitaliser en cas de nécessité absolue.
- Autorise le Plouzané AC Football à diffuser sur ses supports de communication (site internet, flyers, affiches, articles de presse...) les photos ou vidéos prises dans le cadre des stages.

Signature

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ces documents et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :
stagesfootpacvac@orange.fr
STAGE PAC VAC' / 06 56 78 74 36
STADE DE TREMAIDIC, 29280 PLOUZANE

