



Dribbleo
Des stages Foot à vivre autrement

Fiche d'inscription
Stage FOOT
du 20 au 24 juillet 2020
SAINT-ÉTIENNE (42)

Renseignements
06 50 18 99 15
contact@dribbleo.fr

ENFANT-STAGIAIRE

Garçon Fille Licencié(e) Oui Non

Nom du stagiaire Prénom

Poste occupé Club

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _/_/_/____ Lieu :

Adresse

Taille de l'équipement 6ans 8ans 10ans 12ans 14ans 16ans

PARENTS

Nom et Prénom du titulaire de l'autorité parentale

Adresse

Tél. portable Tél. domicile

Adresse e-mail (en majuscules)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné en qualité de
accepte que l'enfant

- Soit transporté par l'encadrement dans un véhicule personnel ou collectif.
- Autorise la Direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème ou d'hospitalisation d'urgence.
- Autorise la Direction à utiliser les images (photos et films) prises pendant les stages, y compris celles où figurent mon enfant, à des fins promotionnelles et ce sans aucune demande de compensation financière de ma part.

Date et signature du responsable du stagiaire
précédées de la mention « lu et approuvé »

► Stage du lundi 20 au vendredi 24 juillet 2020

- Sans hébergement **110€**
Déjeuner apporté par le stagiaire (pour cause sanitaire)
Goûter compris

IMPORTANT :

- **Accepte les Chèques Vacances, les Coupons Sport et les Bons VACAF.**
- **Règlement le 1^{er} jour du stage**
- *Tout départ anticipé ou volontaire (hors motif médical) ne donnera lieu à aucun remboursement*

Fiche d'inscription à retourner :

DRIBBLEO

11, impasse Francis Garnier 42110 FEURS
ou par e-mail : contact@dribbleo.fr

accompagnée de :

- ⇒ de **la fiche sanitaire** de liaison (**pour tous**)
- ⇒ de **l'attestation de responsabilité civile** (**pour les non licenciés**)

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.

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

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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