



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

Hiver 2025

Souhaite participer au stage suivant : *entourer le stage correspondant à la catégorie d'âge de votre enfant (pas d'exception)*

Stage du lundi 10 au mercredi 12 février 60 €	Stage du jeudi 13 et vendredi 14 février 40 €
Garçons et filles U10 à U11 (nés entre 2014 et 2015)	Garçons et filles U6 à U7 (dès 6 ans révolus au premier jour du stage)
Garçons et filles de U12 à U13 (nés entre 2012 et 2013)	Garçons et filles de U8 à U9 (nés entre 2016 et 2017)

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

Fiche sanitaire

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.

.....

.....

Autorisations

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'
STADE DE TREMAIDIC, 29280 PLOUZANE

