



STAGE VACANCES HIVER 2023

→ PRÉSENTATION DU STAGE

Le C'Chartres Football organise un stage pour les catégories masculines U6 et U7 pendant les vacances d'hiver et se déroulera **du lundi 13 février au vendredi 17 février 2023 au stade James Delarue.**

Ce stage est destiné aux jeunes licenciés du C'Chartres Football.

→ LA JOURNÉE TYPE

13h30 : Accueil des jeunes au club house du Stade James Delarue

14h00 : Séance de football préparée par les éducateurs diplômés

16h30 : Goûter

17h00 : Fin de journée

→ PROGRAMME DE LA SEMAINE

Le C'Chartres Football se réserve le droit de modifier le planning de la semaine, tout en vous informant des modifications.

	Après-midi
Lundi	Séance foot
Mardi	Séance foot
Mercredi	Jeux éducatifs
Jeudi	Séance foot
Vendredi	Happy Land

→ PRIX DU STAGE

Le coût de la semaine, du lundi 13 février au vendredi 17 février 2023 au stade James Delarue, est de **35€**.

Le prix du stage comprend :

Le goûter de fin de journée
L'accueil du stagiaire chaque jour de 13h30 jusqu'à 17h00

→ MODE DE RÈGLEMENT (la totalité du montant est exigée à l'inscription)

- Espèces
- Chèques (à l'ordre du C'Chartres Football)

→ MODALITÉS D'INSCRIPTION (À fournir lors du dépôt du dossier d'inscription)

- Le dossier d'inscription dûment complété et signé,
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée et signée,
- Règlement par chèque ou espèce,

Notre fonctionnement est toujours celui du "**premier arrivé = premier servi**". Nous ne procédons donc pas aux pré-inscriptions ou réservations sans la réception du dossier.

DOSSIER COMPLET À RETOURNER AVANT LE JEUDI 9 FÉVRIER :

C'CHARTRES FOOTBALL – STAGE HIVER 2023
Siège administratif – 3 bis rue Jean Monnet – 28000 Chartres

DOSSIER D'INSCRIPTION

→ LE STAGIAIRE

Nom : | Prénom :

Date de naissance :/...../...../ | Sexe : M F

Adresse complète :

Code postal : | Ville :

Catégorie :

Poste occupé : Attaquant Milieu de terrain Défenseur Gardien de but

→ LE RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénom :

Adresse (si différente à celle du stagiaire) :

Code postal : | Ville :

Mail :

Téléphone portable :

Intégration au groupe WhatsApp : Oui Non

Atteste que mon enfant en fin de journée :

- Sera récupéré par une personne responsable sur le lieu d'accueil du stage
- Partira seul du lieu d'accueil du stage

Précisez-la (ou les) personne(s) responsable(s) qui viendra(ont) récupérer l'enfant sur le lieu d'accueil :

Nom/Prénom : Tel/Mobile :

Nom/Prénom : Tel/Mobile :

→ PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

(À remplir si différent des représentants légaux - 2 minimum)

	NOM / PRÉNOM	N° TÉLÉPHONE
1 ^{er} contact		
2 ^{ème} contact		

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou M, parent ou représentant légal de

autorise le responsable du stage 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 seraient ordonnées par le médecin.

autorise le C'CHARTRES Football à prendre et utiliser les photos et/ou film prises durant le stage y compris celles sur lesquelles figure mon enfant, pour diffusion sur son site internet ou pour utilisation à des fins promotionnelles et ce sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités.

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales et des dispositions financières concernant le C'Chartres Football et l'organisation de ses stages (informations fournies avec le bulletin d'adhésion). Je les accepte sans réserve.

Fait à, Le

Signature du représentant légal

COORDONÉES DE L'ORGANISATEUR DU STAGE

Jean-Michel BUFFA – 06 88 65 50 20

C'CHARTRES FOOTBALL – 02 37 34 21 19

Participant.e

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Vaccinations

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Dates derniers Rappels
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
ou DT polio	
ou Tétracoq	

Vaccins Recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole Oreillons Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
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.

Renseignements médicaux de 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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Oreillons	Scarlatine
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme articulaire - musculaire	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Allergies à signaler :

ASTHMES: Oui Non

ALIMENTS: Oui Non

MEDICAMENT: Oui Non

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

Indiquez ci-près :

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

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

Recommandtions utiles des parents

Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires Précisez :

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

Médecin Traitant :

Nom : Tél :

N° sécurité social de l'enfant :

Responsable Légal

** Bulletin à compléter en écriture MAJUSCULE*

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tel. Mère :	Tel. travail :
Tel. Père :	Tel. travail :

Je soussigné.e,
responsable légal.e de l'enfant jeune :
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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

A: Signature :