



Stage de Football

23AU 27 OCTOBRE 2017



FICHE D'INSCRIPTION - AUTORISATION PARENTALE - FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE

Ces prix comprennent : La sortie au Speed Park des Clayes-sous-Bois - L'encadrement des éducateurs diplômés - La collation du matin, le repas du midi, le gouter - L'ensemble des prestations du stage.

NOM : PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

- Licencié(e) à l'ASFF Football **soit 100€** Catégorie.....
- Licencié(e) extérieur (autre club) **soit 110€*** Club..... / Catégorie.....
- Non licencié(e) **soit 120****

*PHOTOCOPIE DE LA LICENCE

**ASSURANCE COMPRISE + CARTON D'INSCRIPTION

MODE DE PAIEMENT

Espèces :€

Cheque :€

INSCRIPTION POUR UN 2EME MEMBRE DE LA FAMILLE (TARIF DEGRESSIF)

NOM : PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

- Licencié(e) à l'ASFF Football **soit 80€** Catégorie.....
- Licencié(e) extérieur (autre club) **soit 90€*** Club..... / Catégorie.....
- Non licencié(e) **soit 100€****

*PHOTOCOPIE DE LA LICENCE

**ASSURANCE COMPRISE + CARTON D'INSCRIPTION

MODE DE PAIEMENT

Espèces :€

Cheque :€

RENSEIGNEMENTS SUR LE TUTEUR LEGAL

Monsieur :

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

☎(fixe).....☎(port).....☎(prof)..... ADRESSE

MAIL :@.....

Madame :

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

☎(fixe).....☎(port).....☎(prof)..... ADRESSE

MAIL :@.....

Je soussigné(e) Monsieur, Madame ² Père¹ Mère¹ Tuteur légal ¹

autorise (Nom et prénom du stagiaire) :

- À participer au stage technique organisé par l'ASFF Football du 23/10/2017 au 27/10/2017
- À consommer les collations, les déjeuners et les goûters préparés par l'équipe encadrante
- À rentrer seul, chaque jour, à la fin du stage
- À se faire soigner ou à se faire pratiquer des interventions d'urgence si nécessaire

¹ Cochez la case correspondante

² Rayer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE :

ALLERGIES :

| | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Médicamenteuses | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Alimentaires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Autres _____ | | |

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

.....
.....

Régime alimentaire particulier (végétarien, sans porc, hallal.....) :

Votre enfant porte des lunettes, des lentilles des prothèses auditives, etc :

Groupe sanguin :

(TOUT DOSSIER INCOMPLET SE VERRA REFUSE)

Fait à, le

Signatures des parents
(Mention « lu et approuvé »)

PLACES LIMITEES

Lieu du stage : 28 Rue René Descartes, Complexe Sportif René Descartes

Horaires du stage : 08h30 – 17h30

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS: 06-73-79-19-88 / asfff.blog@gmail.com