



DE 7 À 14 ANS

STAGES VACANCES

VACANCES DE LA TOUSSAINT

DU 21.10 AU 25.10



RENSEIGNEMENTS ET RÉSERVATION

ALEKSANDRA FILIPOVIC - 03 83 18 30 90 / S.ACCUEIL@ASNL.NET

NOS ATOUTS

Vous rêvez de vivre dans la peau d'un joueur de Football professionnel ?
Le stage ASNL est fait pour vous ! Pratiquez une multitude d'activités au centre Michel Platini, encadrées par des éducateurs qualifiés et au contact de joueurs professionnels.



LES + DU STAGE :

service de repas équilibrés
et **goûters** en fin de journée

un cadre et des infrastructures de **qualité**

des **séances programmées** par des
entraîneurs formés par l'ASNL

du football mais pas que
(Trampoline, acrobancane, piscine ...)

une **visite 100% ASNL**

un **équipement aux couleurs du club** offert

INSCRIPTION

Fiche d'inscription à retourner à l'adresse suivante :

STAGE FOOTBALL VACANCES
À l'attention de ALEKSANDRA FILIPOVIC
Stade Marcel Picot
90 Boulevard Jean Jaurès
54510 TOMBLAINE
Tél. 03 83 18 30 90 / s.accueil@asnl.net

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Poste : Club : Sexe :

PARENTS

Nom et prénom du titulaire de l'autorité parentale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

(Mère) Domicile : Portable :

(Père) Domicile : Portable :

E-mail du responsable légal :@.....

J'autorise mon enfant à participer au Stage Football Vacances organisé par l'ASNL :

Signature des parents ou du tuteur légal :



MERCI DE REMPLIR LE VERSO DE CETTE FEUILLE

INSCRIPTION

STAGES DE LA TOUSSAINT

Du 21.10 au 25.10 (de 7 à 14 ans)

demi-pension **250€**

- J'ai participé à l'une des sessions de stages vacances suivantes en 2019 :

Stage pâcques 2019 Stage de d'été 2019

-> Alors je déduis 50€ de mon règlement.

- Je souhaite venir avec mon frère ou ma soeur :

-> Alors je déduis 50€ de notre règlement commun.

**Offres non
cumulables**

Merci de bien vouloir nous retourner le dossier complet dûment rempli et signé avec votre règlement pour que l'inscription soit prise en compte.

Chèques vacances

Somme :

Espèces

Somme :

Chèque bancaire (règlement en 2 fois possible ; merci d'établir le(s) chèque(s) datés du jour de l'inscription et à l'ordre de l'ASNL) :

- Dernier encaissement le mercredi 16/10

Virement au nom de l'ASNL (mentionner le nom de l'enfant)

Identification du compte pour une utilisation Internationale (IBAN)						
FR76	1513	5005	0008	0014	8311	692

Bank Identification Code (BIC)
CEPAFRPP513

Documents à fournir nécessaires pour validation de l'inscription de votre enfant :

Photocopies de la carte d'identité de l'enfant (ou passeport) et du carnet de vaccination du stagiaire avec son nom, de l'attestation de sécurité sociale et mutuelle (ou CMU), et de l'attestation de l'assurance de responsabilité civile, ainsi qu'un certificat médical de moins de 3 mois pour toutes activités sportives.

Je soussigné n° de sécurité social

Certifie et autorise, pour tout accident pouvant survenir à mon fils / ma fille pendant la durée du stage, le responsable du groupe ASNL à consulter un médecin qui, selon l'état du stagiaire, pourra pratiquer ou faire pratiquer en milieu hospitalier toute intervention qui s'avérerait indispensable ou à donner les soins nécessaires en cas d'urgence.

Fait à, le

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Check-List

Merci de veiller à ce que l'ensemble des documents, ci-dessous, soient intégrés à l'envoi de votre dossier.
Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte.
Merci de votre compréhension.

NOM :

PRÉNOM :

Du 21.10 au 25.10 (de 7 à 14 ans)

demi-pension **250€**

- Bulletin d'inscription**
- Règlement**
- Carte d'identité ou passeport ou livret de famille**
- Carnet de santé (photocopie des pages de vaccination)**
- Attestation de droits sécurité sociale (mentionnant le nom de l'enfant)**
- Attestation mutuelle (mentionnant le nom de l'enfant)**
- Attestation assurance Responsabilité civile (mentionnant le nom de l'enfant)**
- Certificat médical (toutes activités sportives)**
- Fiche sanitaire de liaison**
- Droit à l'image**



Droit à l'image

Autorisation parentale

Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée, j'autorise à titre gracieux les responsables de l'Association Sportive Nancy Lorraine, pour une durée d'une saison à dater de la présente,

- à photographier ou filmer mon enfant
dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'ASNL
 OUI NON

- à publier dans les journaux les photographies représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'ASNL
 OUI NON

- à publier sur le site internet de l'ASNL les photographies ou vidéos représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'ASNL
 OUI NON

- à projeter sur écran, lors de manifestations auxquelles mon enfant participe par le biais de l'ASNL (Assemblée Générale, manifestations de promotion des activités associatives,...) les photographies ou vidéos le représentant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'ASNL
 OUI NON

- à publier sur les réseaux sociaux liés au club de l'ASNL les photographies ou vidéos représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'ASNL
 OUI NON

Noms et signature des parents ou tuteurs légaux
précédé de la mention « lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHÉ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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