



# STAGES VACANCES

**VACANCES D'AVRIL**

DE 7 À 14 ANS

**DU 13.04 AU 18.04**

**DU 20.04 AU 25.04**



**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 VACANCES D'AVRIL

Du 13 au 18 avril (de 7 à 14 ans)

interne  **399€**      demi-pension  **299€**

Du 20 au 25 avril (de 7 à 14 ans)

interne  **399€**      demi-pension  **299€**

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

Stage de La Toussaint 2019

-> Alors je déduis 50€ de mon règlement.

**Offres non  
cumulables**

- Je souhaite venir avec mon frère ou ma soeur

-> Alors je déduis 50€ de mon règlement.

**Merci de 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 jeudi 09 avril (pour 1ere semaine de stage)
- Dernier encaissement le jeudi 16 avril (pour 2ème semaine de stage)

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

IBAN

FR76	1513	5005	0008	0014	8311	692
------	------	------	------	------	------	-----

BIC

C	E	P	A	F	R	P	P	5	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Intitulé du compte **ASNL**  
**PARC DE HAYE**  
**54840 VELAIN EN HAYE**

### 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 13 au 18 avril (de 7 à 14 ans)**

interne  **399€**      demi-pension  **299€**

**Du 20 au 25 avril (de 7 à 14 ans)**

interne  **399€**      demi-pension  **299€**

- 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

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				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

## 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**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 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.

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON        OCCASIONNELLEMENT        OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON        OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---