



LANDI F.C.

Stade de Tiez-Nevez
29400 LANDIVISIAU

www.landifc.com

N° RNA	W293000981
N° SIRET	448 203 448 00015
Code APE	9312Z
N° FFF	542060



Dossier d'inscription + Règlement, à rendre avant le samedi 26 juin 2021, à :

LANDI FC / Stage Foot été / Complexe sportif de Tiez-Nevez / 29400 LANDIVISIAU

Contact pour renseignements : Nigel PHILIPPE, 06.21.40.16.48, contact@landifc.com

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE :

- Nom : Prénom :
- Sexe : Garçon Fille
- Adresse :
- Mail : Tél :
- Date de naissance : / /
- Catégorie sportive (saison 2020/2021) : U.....
- Licencié en Club (saison 2020/2021) : Oui Non
 - Si oui, Nom du Club :
- Poste sur le terrain : Gardien Défenseur Milieu Attaquant
- Taille de maillot : 08 ans 10 ans 12 ans 14 ans 16 ans
- Le Stagiaire sait-il nager ? Oui Non

PARTICIPATION :

Jour de Stage	U9/U10/U11 (Joueurs nés en 2010/2011/2012) 19 au 23 JUILLET 2021					U12/U13/U14 (Joueurs nés en 2007/2008/2009) 05 au 09 JUILLET 2021				
	Lundi 19/07/21	Mardi 20/07/21	Mercredi 21/07/21	Jeudi 22/07/21	Vendredi 23/07/21	Lundi 05/07/21	Mardi 06/07/21	Mercredi 07/07/21	Jeudi 08/07/21	Vendredi 09/07/21
Présent au Stage (Oui/Non)										
Repas à domicile (Oui/Non)										
Retour seul à domicile (Oui/Non)										

CONDITIONS FINANCIÈRES :

- Tarif :
 - 140€ (pour une participation à l'ensemble des 5 jours de Stage, ou non).
 - Tarif préférentiel pour les Joueurs licenciés du Landi FC (sur la saison 2020/2021) → 130€.
- Règlement :
 - À verser obligatoirement lors de l'inscription (toute demande d'inscription sans le règlement ne sera pas prise en compte !).
 - Mode de règlement : Chèque bancaire (à l'ordre de « Landi FC ») Chèque Vacances
 - Chèque/Coupon Sport Espèces
 - Si annulation totale du Stage par le Landi FC (cf. contexte sanitaire), remboursement intégral !



RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU STAGIAIRE :

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Mail :
- Tél :
- Autre(s) renseignement(s) utiles à déclarer :
- En cas d'urgence pendant la durée du Stage, Personne(s) à contacter :
 - Nom / Prénom Personne 1 :
 - Tél mobile Personne 1 :
 - Nom / Prénom Personne 2 :
 - Tél mobile Personne 2 :

AUTORISATIONS DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU STAGIAIRE :

- J'autorise mon Enfant à rentrer seul après le Stage (midi & soir) : Oui Non
 - Si non, Nom / Prénom des Personnes devant récupérer obligatoirement l'Enfant :
- J'autorise le Landi FC à utiliser l'image (photos, vidéos) de mon Enfant et à l'exploiter à des fins de communication, dans tous médias (site web du Landi FC, page Facebook du LandiFC, presse écrite) ou événements susceptibles de promouvoir les actions du Landi FC : Oui Non

MODALITÉS MÉDICALES :

- Le renseignement de la Fiche Sanitaire est obligatoire pour tous les participants (licenciés ou non).
- Pour les Joueurs non licenciés, un Certificat Médical d'Aptitude à la Pratique des Activités Physiques et Sportives (datant de moins de 6 mois à la date de début du Stage) doit obligatoirement être joint.

TENUE DU JOUEUR :

- Prévoir une tenue de foot appropriée aux conditions météo, avec serviette et rechange si besoin (selon autorisation liée au contexte sanitaire, un vestiaire sera disponible pour les changements de tenue des Joueurs).
- À prévoir dans le sac de foot : short, chaussettes, protège-tibias (obligatoires !!), chaussures de foot, chaussures de sport (tennis), veste+pantalon de survêtement, k-way, gourde (possibilité de la remplir au stade), équipement « Plage » (slip de bain, serviette, crème solaire, casquette), équipement « Accrobranche » (gants).

INFORMATIONS DIVERSES :

- Stage encadré par 6 Éducateurs diplômés du Landi FC.
- Horaire des journées de Stage : 09h00-12h00, 13h30-17h00 (RDV à 08h30 au Club House / Tiez-Nevez).
- Le planning (notamment la programmation des Sorties) sera diffusé aux Stagiaires le 1^{er} jour du Stage.
- 2 solutions pour le déjeuner : repas du Stagiaire à son domicile (entre 12h00 et 13h30) ou pique-nique à apporter par le Stagiaire.
 - Un maillot de foot sera offert à tous les Stagiaires ; le dernier jour de Stage (c'est-à-dire le vendredi), un repas collectif (type « barbecue ») sera organisé par le Club pour les Stagiaires et les Éducateurs.

Je soussigné,, Responsable Légal de, déclare exacts les renseignements portés sur cette présente Fiche Individuelle d'Inscription, ainsi que sur la Fiche Sanitaire, et autorise mon Enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du Stage.

Fait à, le / / **SIGNATURE**
(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N°10008*02

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;"><u>1 – ENFANT</u></p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE : / /</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE STAGE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser ci-dessous)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE STAGE ? 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 par l'Enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION), EN PRÉCISANT LES DATES ET 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 STAGE) :

.....
.....

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

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 stage à prendre, le cas échéant, outre mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'Enfant ; j'autorise également, si nécessaire, le Responsable du Stage à faire sortir mon Enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : / /

SIGNATURE