



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 mercredi 25 juin 2025, 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@gmail.com

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE :

- Nom : Prénom :
- Sexe : Garçon Fille
- Adresse :
- Mail : Tél :
- Date de naissance : / /
- Catégorie sportive (saison 2024/2025) : U.....
- Licencié en Club (saison 2024/2025) : Oui Non
o Si oui, Nom du Club :

- Poste sur le terrain : Gardien Défenseur Milieu Attaquant
- Taille de la tenue : 08 ans 12 ans 16 ans
- Le Stagiaire sait-il nager ? Oui Non

PARTICIPATION :

Jour de Stage	U8-9-10 (Joueurs nés entre 2015 et 2017) 07 au 11 JUILLET 2025					U11-12-13 (Joueurs nés entre 2012 et 2014) 14 au 18 JUILLET 2025				
	Lundi 07/07/25	Mardi 08/07/25	Mercredi 09/07/25	Jeudi 10/07/25	Vendredi 11/07/25	Lundi 14/07/25	Mardi 15/07/25	Mercredi 16/07/25	Jeudi 17/07/25	Vendredi 18/07/25
Présent au Stage (Oui/Non)										
Repas à domicile (Oui/Non)										
Retour seul à domicile (Oui/Non)										

CONDITIONS FINANCIÈRES :

- Tarif :
 - 200€ (pour une participation à l'ensemble des 5 jours de Stage, ou non).
- 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 recharge si besoin.
- 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), + des équipements spécifiques liés aux sorties extérieures (précisions dans le mail informatif d'avant stage courant fin juin).

INFORMATIONS DIVERSES :

- Stage encadré par 4 à 5 Éducateurs formés / diplômés du Landi FC.
- Horaire des journées de Stage : 09h00-12h00, 13h30-17h00 (RDV à 08h45 au Club House / Tiez-Nevez). Accueil des enfants dès 08h00 et garderie jusque 17h30.
- Le planning complet sera diffusé aux Stagiaires par mail à la clôture des inscriptions (fin juin).
- 2 solutions pour le déjeuner : repas du Stagiaire à son domicile (entre 12h00 et 13h30) ou pique-nique
- Une tenue de foot complète sera offerte à tous les Stagiaires ; le premier jour de Stage.

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser ci-dessous)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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