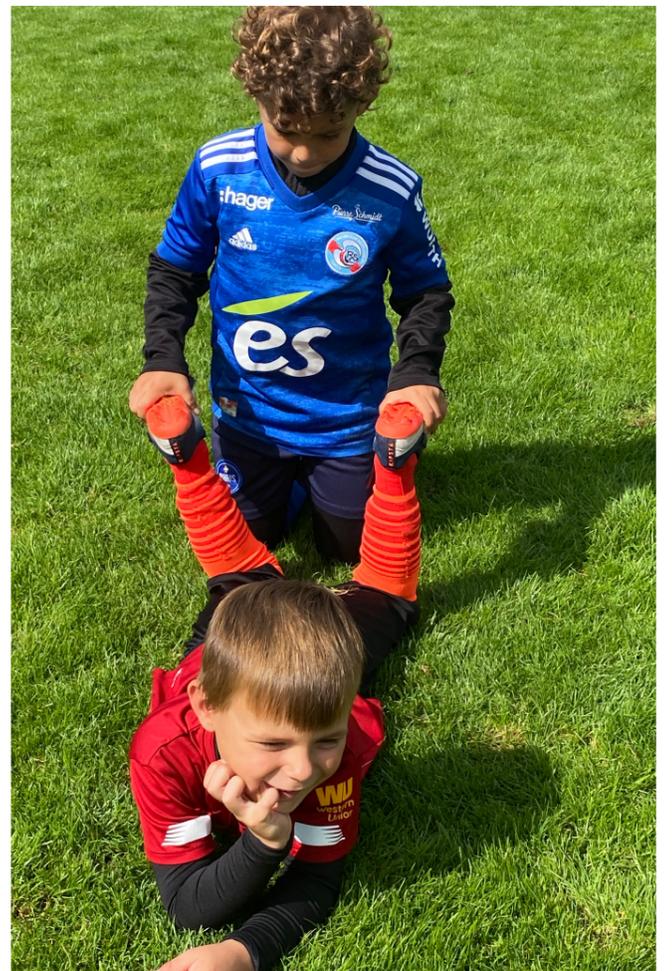




Continental



Stage FOOT USSU Camps DU 17 AU 21 Avril 2023



De 6 à 13 ans
Filles et garçons
120€ Demi-pension
100€ Licenciés USSU

Renseignements et inscriptions
Charles 06.76.63.32.21

INSCRIPTION

Fiche d'inscription à déposer au stade ou à retourner à l'adresse suivante :

US SARRE UNION
RUE DES BLEUETS
67260 SARRE UNION
sarreunion.us@alsace.lgef.fr

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 :

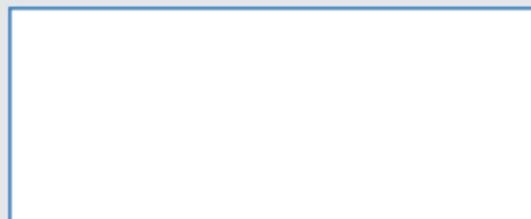
(Mère) Domicile : Portable :

(Père) Domicile : Portable :

E-mail du responsable légal :@.....

J'autorise mon enfant à participer au Stage Football organisé par l'US SARRE UNION :

Signature des parents ou du tuteur légal :



LA TENUE DE FOOT A PREVOIR :

- 2 tenues de foot complètes : short, chaussettes, maillots
- 2 serviettes pour la douche, 1 gel douche, 1 paire de claquettes
- 1 paire de chaussure de foot, 1 paire de baskets, protèges tibias obligatoires
- 1 vêtement de pluie

INSCRIPTION

USSU CAMPS

Du 17 au 21 avril 2023

100€ pour les licenciés USSU, 120 € pour les non licenciés USSU

- Espèces
- Chèque bancaire

**Ce tarif comprend les repas, l'encadrement et les animations*

***Inscription définitive lorsque le montant de l'inscription sera acquitté et que le dossier sera complet.*

AUTORISATIONS

- J'autorise l'équipe éducative de la structure à prendre les décisions nécessaires et adaptés qui s'imposent en cas d'urgence pour mon enfant (médicale ou autre)*
- J'autorise la structure à utiliser les images (photos et vidéos) prises pendant le stage où figure mon enfant, même à des fins promotionnelles et ce, sans aucune compensation financière.*
- Je m'engage à décliner de toutes responsabilités physiques et civiques l'US SARRE UNION au cours de déplacements et pendant le stage.*
- J'autorise l'encadrement du stage de l'US SARRE UNION à transporter mon enfant dans un véhicule personnel dans le cadre des activités du stage.*
- J'autorise l'US SARRE UNION à suspendre les activités sportives de mon enfant si le comportement de celui-ci est jugé intolérable par les responsables du club pour le bon déroulement du stage. Le renvoi pour raison disciplinaire du stage ne pourra donner lieu à aucun remboursement.*
- J'autorise la direction du stage, à laisser mon enfant rejoindre son domicile, seul ou accompagné d'une tierce personne, à partir du lieu de stage durant cette période. Si c'est une tierce personne veuillez indiquer son NOM et PRENOM : _____*

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.

- Bulletin d'inscription
- Règlement
- Copie carte d'identité ou passeport ou livret de famille (pour les non licenciés)
- Carnet de santé (photocopie des pages de vaccination)
- Attestation assurance Responsabilité civile (pour les non licenciés)
- Certificat médical (pour les non licenciés)
- Droit à l'image

DROIT A L'IMAGE

Autorisations

Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée, j'autorise à titre gracieux les responsables de l'US SARRE UNION, pour une durée d'une saison à dater de la présente :

A photographier ou filmer mon enfant
dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'US SARRE UNION.
 OUI NON

A publier dans les journaux les photographies représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'US SARRE UNION.
 OUI NON

A publier sur le site internet de l'US SARRE UNION les photographies ou vidéos représentant mon enfant prises dans le cadre des activités auxquelles il participe.
 OUI NON

A projeter sur écran, lors de manifestations auxquelles mon enfant participe par le biais de l'US SARRE UNION (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'US SARRE UNION.
 OUI NON

A publier sur les réseaux sociaux liés au club de l'US SARRE UNION les photographies ou vidéos représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités auxquelles il participe par le biais de l'US SARRE UNION.
 OUI NON

Noms et signature des parents ou tuteurs légaux

Précédé de la mention « lu et approuvé »



1 – ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

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

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 DEJA 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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

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

