



Fiche d'inscription Stage Athlé Vacances 2022

À retourner à la Ligue du Centre-Val de
Loire d'Athlétisme

(Maison des sports - 1240 rue de la Bergeresse 45160 OLIVET)

Date limite le 1 juillet 2022
Nombre de places limitées à 32

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Père/Mère/Tuteur légale de :

Nom : Prénom :

Club ; Numéro de licence :

Adresse électronique pour correspondance :

Autorise mon fils ou ma fille a participé au **stage athlé vacances** qui se déroulera du **dimanche 21 au samedi 27 août 2022** à la base de loisirs du Blanc (36).

☐ Je demande que mon enfant soit transporté au départ d'Olivet (participation financière de 60€) le dimanche 21 août à 9h00 – Maison des Sports

☐ J'emmènerai directement mon enfant à la Base de plein air du Blanc

Signature et qualité du responsable légal

Pièces à fournir :

- Fiche d'inscription complétée
- Règlement de 385€ (+ éventuellement 60€ pour le transport) – Paiement en CB, chèques ou chèques vacances
- Autorisation parentale + règlement intérieur
- Attestation de responsabilité civile
- Fiche sanitaire de liaison

Stage Athlé Vacances Base de plein air du Blanc



Du dimanche 21 au samedi 27 août 2022

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) **NOM** : _____ **Prénom** : _____

Agissant en qualité de : Père, Mère, Tuteur (trice) (*) de l'enfant,

Nom : _____ **Prénom** : _____

Né(e) le : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Adresse des Parents ou tuteurs _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Mail : _____

N° téléphone domicile : _____ Travail : _____

Portable : _____

Régime alimentaire particulier suivi : NON OUI

Si oui, précisez (allergie, végétarien, sans porc, sans gluten....) :

Déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation du séjour et :

1) autorise mon enfant à participer à toutes les activités du stage

2) autorise le directeur du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (**).

3) m'engage à venir chercher mon enfant en cas d'exclusion pour non-respect du règlement intérieur des stages de la Fédération.

4) Respect du droit à l'image : En participant à ce séjour, mon enfant est susceptible d'être photographié. En inscrivant mon enfant à ce séjour, j'accepte de fait cette éventualité ou

☐

Je refuse que mon enfant soit photographié (cochez la case en cas de refus)

Fait à : _____ le : _____

Signature obligatoire des parents ou tuteurs, précédée de la mention « lu et approuvé » :

(*) Rayer les mentions inutiles

(**) En cas de contre-indication médicale, prière d'en informer le directeur du stage par courrier

Règlement Intérieur du Stage

Ligue du Centre-Val de Loire d'Athlétisme

La Ligue du Centre Val-de Loire d'Athlétisme organise des stages d'athlètes, au cours desquels le règlement intérieur ci-dessous **devra impérativement être respecté**.

Licence :

Tout athlète participant au stage doit être licencié à la Fédération Française d'Athlétisme.

Programme du stage :

Un programme d'activités sera communiqué le jour d'arrivée et devra être respecté par les stagiaires.

Comportement général :

La consommation d'alcool, le tabagisme et la drogue sont strictement prohibés.

Toute dégradation et non-respect du matériel mis à disposition seront sanctionnés par la facturation, aux responsables des faits, de leur remise en état.

Tout manque de respect à l'égard du personnel de service et de l'équipe d'encadrement fera l'objet d'un renvoi immédiat.

L'athlète s'engage à ne pas sortir du lieu d'hébergement et de l'enceinte du stade (lieu d'entraînement) sans autorisation de l'encadrement.

Lors de tous les déplacements, l'athlète s'engage à rester avec le groupe dans lequel il sera affecté, et à suivre les consignes données par l'encadrement.

Les téléphones portables sont autorisés en journée. Ils seront cependant récupérés avant le coucher pour ne pas nuire au bon sommeil des athlètes, nécessaires à la récupération de ceux-ci pour réaliser l'ensemble du stage dans les meilleures conditions.

En cas de non-respect du règlement, les parents seront contactés et auront à charge de venir rechercher leur enfant. Nous attendons un comportement des stagiaires correspondant aux objectifs du stage : entraînement, détente, repos.

SIGNATURE DES PARENTS :

Mention manuscrite « lu et approuvé »

SIGNATURE DE L'ATHLETE :

Mention manuscrite « lu et approuvé »



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE 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.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou 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	<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 AIGU	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<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 ☐ 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.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
Signature :