



## 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 légal de :

Nom : ..... Prénom : .....

Club ; ..... Numéro de licence : .....

Adresse électronique pour correspondance : .....

Autorise mon fils ou ma fille à 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 »



cerfa

N°10008\*02

## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**  
**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉDUCTION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

<b>1 - ENFANT</b>	
NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

**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
Diphthérie				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-TETANIQUE 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	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ARTICULAIRE AIGU 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"/>
ALLERGIES :	ASTHME	non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÉSES, AUDITIVES, DES PROTHÉSES 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, ..... responsables 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 : \_\_\_\_\_