



FICHE D'INSCRIPTION

STAGE PAQUES 2025 FBBP01

A retourner avec le règlement complet à :
FBBP01 – STAGES FEVRIER 2025
145 Rue des Granges Bonnet – 01960 Péronnas
OU par mail : Fbbp01.stages@gmail.com

LE STAGIAIRE

Nom : Prénom : Sexe : M / F

Date de naissance : / /

Licencié en club : OUI NON **Si oui** Nom du club :

Poste :

Taille : Poids :

Régime alimentaire : Aucun Végétarien Sans Porc Sans viande Autre : préciser :

LE RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail : @ **(Les informations seront envoyées par e-mail)**

Tél / Portable : N° SS.....

TARIFS ET FORMULES

	Licenciés	Non Licenciés
1 semaine de stage	130	150
<i>Réductions clubs partenaires, stagiaires année N-, stagiaires TOUSSAINT, FEVRIER, PAQUES, ETE N-1</i>	- 10 %	

MODALITES DE REGLEMENT (la totalité du montant est exigée à l'inscription)

- **Moyens de paiements acceptés** : Chèques (à l'ordre du FBBP01), Chèques vacances, Coupons sport ANCV, Chéquier jeunes 01, Espèces
- **Possibilité de régler en plusieurs fois** en établissant plusieurs chèques (3 chèques maximum à l'ordre du FBBP01, encaissés chaque début de mois)
- **Aides possibles** : Comités d'entreprise, Mairies, CCAS... (à gérer par vos soins). Si aides attendues, établir un ou plusieurs chèques de caution correspondant au montant des aides.
- **ATTENTION** : les aides ne pourront pas être prises en compte par nos services après la fin du stage.
Nos stages ne sont plus éligibles aux aides CAF
- **Réductions** : Les réductions sont valables pour les enfants licenciés dans les clubs partenaires du FBBP01, licenciés au FBBP01 cette saison.

AUTORISATION PARENTALE

Jesoussigné(e), Madame ou Monsieur :

- Autorise l'organisateur à faire soigner mon enfant par un médecin et à prendre toutes les mesures d'urgence au cas où je ne pourrais être joint.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans la cadre de publications et autres supports de communication spécifiques utilisés par l'organisateur.
- Autorise l'organisateur à transporter mon enfant dans les véhicules de transport collectif ~~ou par mes soins~~.
(Une assurance spécifique est souscrite par l'organisateur à cet effet).
- Déclare avoir pris connaissance des clauses administratives et financières exposées ci-dessus **et m'engage à solder le règlement d'usage de mon enfant avant le 20 avril 2025.**

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :



FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS OBLIGATOIRES DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT EN COLLECTIVITE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M / F

Date de naissance : / /

VACCINATIONS (possible de faire une copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
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 de contre-indication. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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**).

Aucun médicament ne pourra être pris par l'enfant sans ordonnance

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

RUBEOLE Oui Non ; VARICELLE Oui Non ; ANGINE Oui Non ; RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui Non ;

SCARLATINE Oui Non ; COQUELUCHE Oui Non ; OTITE Oui Non ; ROUGEOLE Oui Non ; OREILLONS Oui Non

AUTRES : _____

ALLERGIES : ASTHME Oui Non ; **MEDICAMENTEUSES** Oui Non ; **ALIMENTAIRES** Oui Non

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES AUTRES **DIFFICULTES DE SANTE EVENTUELLES** (MALADIE CHRONIQUE, SEQUELLES D'ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ

NOM et TEL du MEDECIN TRAITANT

Nom Tél.....

Je soussigné, Madame ou Monsieur

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR

Football Bourg en Bresse Péronnas 01 – 07 83 26 55 41

Agrément DDCS : 001ORG0138
