



# 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 DENTAIRE, 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*

-----