

**STAGE FEVRIER 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** |
| ***Réductions clubs partenaires, stagiaires année N-, stagiaires TOUSSAINT,FEVRIER,PAQUES, ETE N-1*** | **- 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

**Je soussigné(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.

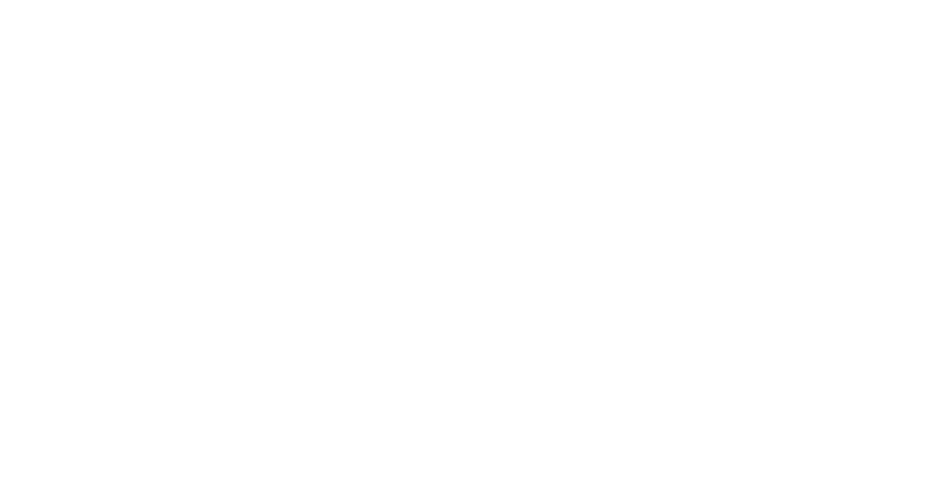
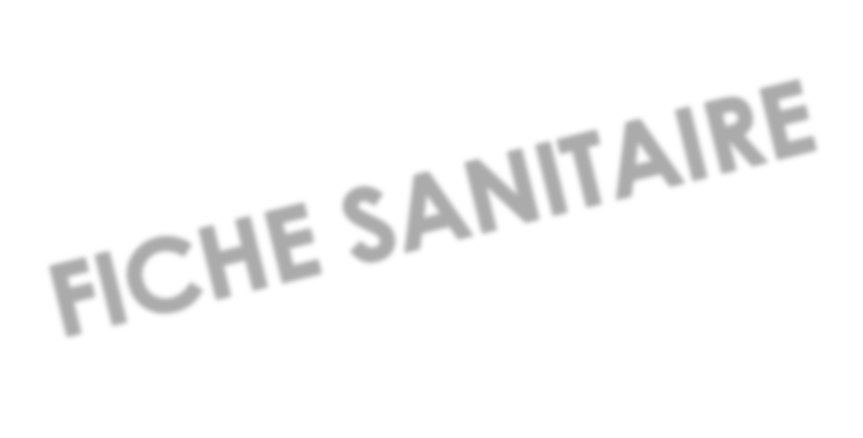
* Autorise l’utilisation de l’image de mon enfant dans la cadre de publications et autres supports de communication spécifiques utilisés par l’organisateur.
* Autorise l’organisateur à transporter mon enfant dans les véhicules de transport collectif ou personnels dédiés.

(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 du stage de mon enfant avant le 21 février 2025.**

Fait à : ………………………………………………… Le : …………………………….. Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

**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** |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole-Oreillons-Rougeole** |  |
| **Poliomyelite** |  |  |  | **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*