



# FICHE D'INSCRIPTION

## STAGE DE FOOT - SUDSPORT34

Photo  
Récente  
obligatoire

Nom du stagiaire : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F Taille textile : 6/8 - 8/10 - 10/12 - S - M - L - XL - XXL

Adresse : .....

Tél. 1 : ..... Mail : ..... @ .....

Tél. 2 : ..... Tél. 3 : ..... Portable : .....

Stage Football  Stage Foot salle - N° allocataire CAF (si avel) : .....

Licencié :  oui ou  non Si oui, nom du club : .....

Poste occupé : ..... Catégorie : .....

Niveau de pratique :  District  Ligue  National

Régime alimentaire :  aucun  végétarien  sans porc N° sécurité sociale : .....

Adresse et téléphone de votre mutuelle : .....

Formule choisie :  Semaine(s)  3 jours  Week-end interstage

Régime :  Pension complète  Demie pension  Externe

Date des stages choisis : .....

Adresse et numéro de téléphone des parents durant le stage : .....

Tél. : .....

### AUTORISATION PARENTALE

(à remplir par le responsable légale)

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur), M<sup>me</sup>, M. .... demeurant à .....

Autorise mon enfant, ..... à participer à toutes les activités organisées par sudsport34. J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. J'autorise également la direction à utiliser  Oui ou  Non, à des fins professionnelles, les images (photos et films) du stage sans compensation. J'autorise enfin, le personnel de l'encadrement des stages sudsport34 à transporter mon (mes) enfant(s) dans un véhicule personnel, dans le cadre des stages.

Date et signature :  
(précédées de la mention « lu et approuvé ») .....

### TRANSPORTS

Date d'arrivée : ..... Heure d'arrivée : ..... N° du train : ..... Provenance : .....

Date de retour : ..... Heure de départ : ..... N° du train : ..... Destination : .....

### Envoyer la brochure sudsport34 a un de mes amis :

Son nom : ..... Son prénom : ..... Son âge : .....

Adresse : .....

Dossier à détacher  
et renvoyer à :

**SUDSPORT34**  
265 Cami des oliviers 34560 MONTBAZIN  
Tél. : 06 63 68 55 40 / 07 60 01 70 61  
info@stage-de-foot.fr / www.stage-de-foot.fr

# FICHE MÉDICALE

(Facultative pour les licenciés, mais **obligatoire** pour les non licenciés)

**La fiche médicale doit être remplie par le médecin traitant :**

Je soussigné(e), Docteur : .....

Certifie que l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... ne présente pas de contre indication à la pratique du football ou autres sport en stage. Par ailleurs, l'enfant ne présente pas de maladie contagieuse.

À : ..... le : .....

Cachet et signature :  
(obligatoires)



## Fiche d'aide à la progression du stagiaire

Quels sont ses besoins parmi la liste ci-dessus

(Cochez les besoins spécifiques souhaités)

### La maîtrise individuelle :

- Le toucher de balle
- La coordination, la motricité
- Les conduites de balle
- Les techniques de débordement
- Les contrôles simples et orientés
- Les contrôles en mouvement pour jouer vers l'avant
- Les dribbles

### La finition :

- Les tirs
- Les centres
- Les remises et les déviations

### La maîtrise collective :

- Les différents types de passes
- La relation appui-soutien
- Le démarquage
- L'occupation du terrain
- Les courses combinées

### Les techniques défensives :

- Le duel
- L'interception
- Le cadrage
- La couverture
- Marquage individuel et marquage de zone





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 DE L'ENFANT**

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

