



# DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

## Stage Foot Saint MARTIN de CRAU Vacances AVRIL 2020

### Du 20 au 24 AVRIL 2020

**Inscription obligatoire avant le 5 AVRIL 2020**

PHOTO

Le présent dossier d'inscription constitue un document important pour l'organisation du stage et répond aux obligations légales.

Veuillez donc **remplir celui-ci (recto et verso) avec attention et lisiblement sans omettre de fournir les documents demandés.**

### Stagiaire participant

.Nom : ..... Prénom : .....

. Date de Naissance: ... .. / ... .. / ... ..

**Participera au stage du lundi 20 Avril à 8h30 au vendredi 24 Avril 2020 à 17h00 au Complexe MARIUS COMBIER DE SAINT MARTIN DE CRAU**

### Responsable légal

. L'adulte responsable : Père  Mère  Tuteur

. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....  
.....  
.....

. Téléphone domicile : ..... Portable : .....

. Travail : ..... E - Mail : .....

. Profession père : ..... Mère : .....

. N° sécurité sociale : ..... N° Allocataire CAF : .....

### Pratique du Football

- Non licencié
- Licencié en 2019 -2020 par le Club de : .....

Catégorie : U6-U7  U8-U9  U10-U11  U12-U13  U14-U15  + \_\_\_\_\_ .

Poste occupé :  Gardien  Défenseur  Milieu  Attaquant

**Mensuration et taille de l'enfant : .....**

Consignes ou attentes particulières durant le stage :

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

### Connaissance de Stages du SCSM

Comment avez-vous eu connaissance des Stages du SCSM ?

Affiche - Dépliant     Amis ou Famille : .....     Site [www.scsm.com](http://www.scsm.com)

Lien Internet (quel site ?): .....     Presse

Tournois

### Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- Une **attestation d'assurance** de type assurance scolaire couvrant les activités de loisirs de votre enfant.
- La **fiche sanitaire** de liaison, **dûment remplie et signée**, au format légal du ministère de la Jeunesse et des Sports.
- Un **certificat médical** d'aptitude à la pratique du football en stage spécifique et de non contagion daté **de moins de 3 mois ou une photocopie certifiée conforme par le responsable légal de la licence FFF du stagiaire**
- Une photocopie de **l'attestation de la carte vitale et de mutuelle**.
- **1 photo d'identité** récente.
- Le **règlement des frais de stage** (voir conditions ci-après).

### Autorisation du responsable légal

J'autorise le SCSM, dans un cadre non commercial et conformément aux dispositions légales en vigueur d'utiliser les images de mon enfant prises au cours du stage à des fins pédagogiques ou informatives.

J'autorise le SCSM à conduire mon enfant dans un véhicule personnel en cas de besoin médical et dégage l'Association de toute responsabilité.

J'autorise en outre le Directeur du Stage en cas de nécessité absolue et dans l'impossibilité de joindre par téléphone le responsable légal, à prendre, sur avis du médecin, toute décision concernant la santé de mon enfant, y compris, le cas échéant, à effectuer une anesthésie, à le faire opérer et à exécuter une transfusion sanguine.

Nom, prénom et signature précédés de la mention manuscrite « lu et approuvé »

## Secrétariat et Règlement des frais de stage

**Je règle la somme due, soit 130 euros pour les adhérents du SCSM  
Soit 150 euros pour les non adhérents du SCSM**

- En un versement**, par chèque, joint à ce dossier en indiquant au dos, si souhaitée, la date à laquelle il peut être présenté à l'encaissement (uniquement le mois).
  
- En plusieurs versements**, à l'aide de chèques joints à ce dossier, en indiquant au dos de chacun la date à laquelle ils peuvent être présentés à l'encaissement (indiquer le 05 du mois XXX).
  
- Par chèque-vacances ou subventions d'organismes extérieurs accompagnés éventuellement du solde restant à régler** joints à ce dossier. A confirmer avec le secrétariat du club.

**Frais de stage**  
Réservé au  
secrétariat

**Chèque(s) bancaire(s)**  
Banque:  
n°:  
montant  
encaissé le

**Chèque(s) bancaire(s)**  
Banque:  
n°:  
montant  
encaissé le

**Chèques vacances :**

**Espèces :**

Le dossier doit être retourné **COMPLET AVANT LE 05 AVRIL 2020** à l'adresse suivante :

**SCSM 13  
Avenue de Saint Roch  
Stade Marius Combier  
13310 Saint Martin de CRAU**

Je soussigné ....., responsable légal de .....,  
certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Fait à ..... le .....

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

**NOTA :**

**Les 2 mini-bus du Sporting Club Saint Martinois assureront un ramassage au profit des joueurs hors commune de Saint Martin, au départ et retour de la zone Fourchon, en Arles pour chaque jour du stage.(16 places maximum).**

TROUSSEAU du stagiaire, pour chaque jour :

- Un sac de sport ou sac à dos
- une gourde ou bouteille d'eau
- 1 serviette de bain et shampoing douche
- 1 sac pour le linge sale
- 1 paire de basket
- 1 paire de tong ou de claquette pour la douche
- 1 paire de chaussures de football (crampons moulés)
- 1 paire de protège-tibias
- 1 bas de survêtement
- 1 sweat-shirt ou haut de survêtement
- 1 paire de chaussettes de football
- 2 shorts de football
- 1 maillot de football
- 1 T-shirt de rechange
- 1 slip ou boxer de rechange
- 1 paire de chaussettes de rechange
- Une veste de pluie
- 1 casquette
- 1 tube de crème solaire
- Un paquet de mouchoirs jetables

Les stagiaires seront vivement incités à se doucher en fin de journée.

**JOURNÉE TYPE DE STAGE**

- 8h – 8h45, arrivée des stagiaires au stade, accueil puis direction les vestiaires pour se mettre en tenue.
- 9h 00, début de l'entraînement, par groupes pour les joueurs (échauffement, jeu, exercice, situation et jeu)
- 11h 30, fin de séance, retour aux vestiaires (douche facultative) et retour au calme !
- 12h 00, repas puis temps libre.
- 14h, reprise des activités (échauffement, mesure de performances, jeu, situation, opposition en extérieur ou en salle)
- 16h 15, fin de séance, retour aux vestiaires puis douche.
- 16h 30, gouter.
- 17h, fin de journée, départ des stagiaires.

Bien entendu ce programme est susceptible d'évoluer, notamment en raison de la météo, car en cas de pluie abondante nous utiliserons le gymnase plus souvent.

Toute l'équipe des stages vous souhaite une agréable semaine en notre compagnie !



NOM : .....	Prénom : .....
Date de Naissance : .....	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'ALJ « Entre Thue et Mue ». Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

**1. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

• Suit-il un traitement médical au quotidien? OUI       NON

• Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI       NON

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

• L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
SANS PORC	<input type="checkbox"/>
VÉGÉTARIEN	<input type="checkbox"/>

• Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI       NON

.....

.....

.....

• 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"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons 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"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :

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

**4. RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM ..... Prénom .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL..... TEL PORTABLE.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL