



# FICHE D'INSCRIPTION EN DEMI-PENSION

à renvoyer  
avec le dossier

## À RETOURNER À BRETAGNE FOOTBALL VACANCES avec la fiche sanitaire

Nom, prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Âge ..... Taille\* (cm) ..... Pointure\* .....

Adresse actuelle .....

Code postal ..... Localité ..... Tél. ....

Adresse mail .....

Club actuel ..... Poste occupé .....

Catégorie saison 2018-2019 (actuelle) ..... (ex. U8, U9, U10, etc.)

\* Tenue du stage offerte (informations indispensables pour vous offrir votre tenue)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Nom et prénom du chef de famille ou du responsable légal de l'enfant (en capitales) : .....

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Tél. : ..... Tél. portable : .....

Toute inscription au stage vaut acceptation pour diffusion éventuelle de photos sur le site internet ou sur la plaquette de présentation des stages.

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

## JE SOUHAITE PARTICIPER AU STAGE SUIVANT :

Mettre une X sur le stage choisi

STAGES	DATES	RÈGLEMENT		
		Acompte	Solde	Paiement comptant
1	du lundi 8 juillet au mercredi 17 juillet 2019			
2	du jeudi 18 juillet au samedi 27 juillet 2019			
3	du lundi 29 juillet au mercredi 7 août 2019			

Prix du stage 380 € pour 10 jours en demi-pension.

Arrhes à la réservation : 100 € + 6 timbres • Solde acquitté à l'arrivée au stage.

## ACCUEIL CHAQUE JOUR DE 9 H À 19 H (sauf le premier et dernier jour)

AU DÉBUT DU STAGE	LE MATIN
Arrivée impérative le 1 <sup>er</sup> jour du stage entre 14h et 15h30	<input type="checkbox"/> L'enfant se rendra directement au Collège/lycée Saint-louis de Châteaulin - <b>SEUL</b>
	<input type="checkbox"/> L'enfant se rendra directement au Collège/lycée Saint-louis de Châteaulin - <b>ACCOMPAGNÉ</b>
EN FIN DE STAGE	LE SOIR
Départ le dernier jour du stage entre 11h30 et 14h	<input type="checkbox"/> L'enfant se rendra chez lui par ses propres moyens
	<input type="checkbox"/> L'enfant se rendra chez lui accompagné

En dehors des locaux d'accueil (9h - 19h) Bretagne Football Vacances décline toute responsabilité lors des déplacements des 1/2 pensionnaires.

## Une journée portes ouvertes aura lieu à chaque stage :

Elle a pour but de vous faire découvrir le cadre de vie dans lequel votre enfant évolue durant le stage et de rencontrer l'encadrement. Vous aurez la possibilité de déjeuner au lycée et pour nous permettre de mieux vous accueillir, nous vous remercions de cocher la case correspondant au stage choisi. (Attention : les animaux ne sont pas admis au restaurant).

### Journées Portes Ouvertes : de 10 h à 19 heures les :

Stage 1 : dimanche 14 juillet 2019 : Nombre de personnes désirant déjeuner au lycée ..... adultes ..... enfants

Stage 2 : dimanche 21 juillet 2019 : Nombre de personnes désirant déjeuner au lycée ..... adultes ..... enfants

Stage 3 : dimanche 4 août 2019 : Nombre de personnes désirant déjeuner au lycée ..... adultes ..... enfants

Volet à retourner à : BRETAGNE FOOTBALL VACANCES- B.P. 100- 29150 CHÂTEAULIN Cedex  
Tél. 02 98 86 34 85 - Fax 02 98 86 13 96 - <http://bretagnefootvacances.fr> - Email : [bretagnefv@gmail.com](mailto:bretagnefv@gmail.com)  
PAR RETOUR DU COURRIER, JE T'ADRESSE LA CONVOCATION OFFICIELLE

Toute inscription sera confirmée à réception des arrhes dans un délai de 15 jours



# FICHE SANITAIRE

à renvoyer  
avec le dossier

## FICHE INDIVIDUELLE DE STAGE (à retourner avec la fiche d'inscription)

Nom, prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Adresse complète .....

Parents : Tél. personnel ..... Tél. travail .....

N° de Sécurité Sociale ..... N° de Mutuelle .....

*[CMU : joindre obligatoirement une copie d'attestation]*

Photo  
du stagiaire  
à coller ici

## AUTORISATION PARENTALE :

Sécurité Sociale : Nom, prénom de l'assuré : .....

Numéro d'immatriculation : ..... Adresse de la caisse : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, autorise mon fils à participer à toutes les activités par BRETAGNE FOOTBALL VACANCES à Châteaulin. En outre, autorise le Directeur du CENTRE BRETAGNE FOOTBALL VACANCES à faire soigner mon enfant, à l'hospitaliser et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité.

Fait à .....

Le .....

Signature *(précédée de la mention « Lu et approuvé »)*

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

## 2. 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	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Otite	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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** :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom, prénom .....

Adresse (pendant le séjour) .....

.....

Tél. fixe (et portable), domicile : ..... Tél travail .....

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 nécessaire par l'état de l'enfant.*

*Date : ..... Signature*

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

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances :

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

**OBSERVATIONS**

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