STADE EDMARD-LAMA (REMIRE-MONTJOLY)

4E ÉDITION

STAGES DFCO

DFCO 1998 — A.S.C RÉMIRE 1974

RÉSEAU **AVENIR**

LFG

COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU CENTRE LITTORAL l'agglo

FFF — LABEL JEUNES FFF CRÉDIT AGRICOLE 2022-2025 ESPOIR

REMIRE MONTJOLY

DU 19 AU 23 FÉVRIER 2024

DE 7 À 15 ANS

- Encadré par des éducateurs diplômés
- Présence du staff technique du DFCO
- Séances techniques, tournois, tests, etc.
- Découverte de l'univers du DFCO
- Pour les filles et les garçons

STAGES DFCO

DOSSIER D'INSCRIPTION

CHOIX DU STAGE

☐ **19 ET 20 FÉVRIER**
U8 à U11
2016 à 2013

☐ **21 ET 22 FEVRIER**
U12 à U15
2012 à 2009

LE/LA STAGIAIRE

NOM _____ **NAISSANCE** _____

PRENOM _____ **SEXE** _____

CLUB (SI LICENCIÉ) _____ **POSTE** _____

TAILLE TENUE

☐ **9 ANS** ☐ **11 ANS** ☐ **13 ANS** ☐ **15 ANS** ☐ **XL**

LE CORRESPONDANT

NOM _____ **PRÉNOM** _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ **VILLE** _____

PORTABLE (PARENT 1) _____ **PORTABLE (PARENT 2)** _____

TÉLÉPHONE FIXE _____ **N° STÉ SOCIALE** _____

EMAIL _____ **N° MUTUELLE** _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame :

- Autorise mon enfant à participer au stage choisi dont les dates sont précisées ci-dessus.
- Autorise l'organisateur à utiliser des images photos et vidéos de mon enfant à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisées librement et gracieusement dans des supports ultérieurs ou sur le site internet du DFCO.
- Autorise l'organisateur à donner en mon lieu et ma place, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire et d'anésthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident.
- Déclare avoir pris connaissance du prix du stage et m'engage à verser la somme convenue.
- À la fin de la journée de stage, à défaut de venir personnellement chercher mon enfant j'autorise :
- M. ou Mme _____ à venir récupérer mon enfant.
- Mon enfant mineur à rentrer chez lui par ses propres moyens.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention «Lu et Approuvé»

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Annulation du stagiaire (toute annulation doit se faire par écrit)
Avant le début du stage
- Si raison médicale : remboursement avec retenue d'une somme de
60€ (frais de dossier et tenue entraînement DFCO)
- Autre raison : aucun remboursement
Durant le stage
- Remboursement des jours de stage non effectués (20€/jour) sur
présentation d'un certificat médical.
- L'organisateur peut être exceptionnellement contraint d'annuler un stage.
si le nombre minimum de stagiaire n'est pas atteint. Le remboursement sera donc assuré.

ASSURANCE

En cas de négligence ou d'une faute de la part de l'organisateur du fait de l'organisation du stage, ce dernier est couvert par le biais
d'une assurance «responsabilité civile».
Tout autre incident et/ou accident doit être couvert par l'assurance personnelle du stagiaire.

JOURNEE TYPE

8H-8H30
Accueil
8H30
Présentation de la journée
9H
Séance technique sur le terrain
12H
Repas et temps libre
13H30
Animations et découverte du DFCO
15H
Tournois
17H
Goûter / Fin de la journée

LES +

Tenue DFCO offerte

Goodies

Perfectionnement technique

Connaissance du DFCO

Éducateurs diplômés du DFCO

AFFAIRE À PRÉVOIR

*- **Tenue de vie** : Baskets / Claquettes / Survêtement*
*- **Tenue de footballeur** : protèges tibias, chaussures à crampons moulées*
*- **Nécéssaire de douche** : serviette, gel-douche*
*- **Les « plus »** : Casquette, crème solaire, bouteille d'eau.*

PIÈCES À FOURNIR

Fiche d'inscription complète

Fiche sanitaire de liaison

Certificat médical datant de moins de trois mois (non licencié(e) FFF uniquement)

Photocopie pièce d'identité (recto/verso) du stagiaire

RÈGLEMENT

80€ POUR LES 2 JOURS

☐ *1 OU 2 CHEQUES* ☐ *ESPECES/CB*
- Indiquer le nom du stagiaire et les dates au dos
- Ordre : ASC Remire

☐ *VIREMENT*
- Demander le RIB par mail
- Envoyer l'ordre du virement par mail
- Indiquer le nom du stagiaire lors du virement

MODE D'ENVOI

Permanence les samedis du 13/01 au 10/02 de 16h à 18h
Local ASCR
1 rue Rivierez - 97354 REMIRE

Par mail
stagesdfcoascr@gmail.com

Numéros utiles : 06 94 91 33 05 / 06 94 45 86 68

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……../……../……

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ……kg ; Taille : ……cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez ……

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
……
……
……

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
……
……
……
……

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE :…… ……
…… ……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

Responsable N°2 : : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE :…… ……
…… ……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ……

Je soussigné(e)……, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :