



**FICHE D'INSCRIPTION
AU STAGE ATHLE VACANCES 2019**

à retourner à la Ligue du Centre-Val de Loire d'Athlétisme
(Maison des sports 1240 rue de la Bergeresse 45160 OLIVET)

**Date limite le 1er juillet 2019
Nombre de places limitées à 35**

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

Père/Mère/Tuteur légal de :

NOM :

Prénom :

Club :

N° de licence :

Adresse électronique pour correspondance :

autorise mon fils ou ma fille a participé au stage « athlé vacances » qui se déroulera du dimanche 25 au vendredi 30 août à la base de loisirs du Blanc (36).

Signature et qualité du responsable légal

Pièce à fournir :

- fiche d'inscription complétée
- règlement de 310 € (+ éventuellement 60 € pour le transport)
- autorisation parentale + règlement intérieur
- attestation de responsabilité civile
- fiche sanitaire



Ligue du Centre-Val de Loire
1240 rue de la Bergeresse
45160 Olivet
02 38 49 88 40
athle.centre@wanadoo.fr

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES STAGES

Les stages organisés par la FFA, réservés aux athlètes licenciés à la FFA, doivent permettre d'apporter aux participants un complément performant à leur préparation habituelle et se doivent dérouler dans les meilleures conditions.

L'encadrement prend donc toutes les mesures nécessaires à la sécurité, ainsi qu'à la santé physique et morale des participants. Les règles suivantes doivent être admises et respectées de tous.

- 1) Le programme de stage est fixé par le responsable technique en liaison avec les athlètes et leurs entraîneurs. Il prévoit les plages horaires d'entraînement, de récupération, de soins et de loisirs.
- 2) *Le respect mutuel entre athlètes et cadres et personnel du lieu d'accueil* est le principe fondamental de leurs relations.
- 3) Le bon déroulement du stage implique *des règles de vie acceptées de tous* notamment :
 - être ponctuel,
 - ne pas dégrader les lieux d'hébergement, d'entraînement et le matériel.
- 4) La récupération doit tenir une place importante au sein du stage, afin que celui-ci soit pleinement profitable. Elle s'appuie sur les qualités réparatrices du sommeil, d'hygiène, de soins et de respect d'une diététique élémentaire. *La consommation d'alcool, le tabagisme, la drogue sont strictement prohibés.*
- 5) Le non-respect d'autrui, tout comportement portant atteinte à la moralité ou à l'image de l'athlétisme, ou plus généralement au bon déroulement du stage, seront sanctionnés par la Ligue.
- 6) Le coût des dégradations, de la responsabilité des stagiaires, sera facturé par la Ligue du Centre d'Athlétisme aux familles.
- 7) Les athlètes mineurs doivent *obligatoirement* retourner au responsable du stage l'autorisation parentale type ci-dessous.

Date :

Signature des parents :

Nom et Signature du stagiaire :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Tutrice ¹

de l'enfant :

déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation du séjour, du règlement intérieur et :

1. Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du stage.
2. Autorise le directeur du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux et paramédicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
3. Les téléphones portables et assimilés sont tolérés, toutefois, ils seront récupérés pendant la nuit et restitués le matin
Mon enfant aura un téléphone portable Oui - Non ¹
4. Autorise mon enfant à sortir en dehors des activités programmées par le responsable du stage (ex : commerces, locaux, etc...). :
Oui - Non ¹
5. Autorise un des membres de l'encadrement à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de nécessité.
6. M'engage à venir chercher mon enfant en cas d'exclusion pour non-respect du règlement intérieur des stages de la F.F.A.
7. M'engage à prendre en charge les éventuelles dégradations de la responsabilité de mon enfant.
8. Mon enfant a un régime alimentaire particulier : Oui - Non ¹
Si oui, précisez :

¹ Entourer la mention utile.

Date :

Signature des parents :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDES	DATES
	oui	non		
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyéélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS