



# FICHE D'INSCRIPTION

## STAGE DE FOOT PÂQUES - TOUSSAINT

### SUDSPORT34

Photo  
Récente  
obligatoire

Nom du stagiaire : ..... Prénom ..... Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Sexe :  M  F

Adresse : .....

Tél. mère : ..... Mobile : ..... Mail : ..... @ .....

Tél. père : ..... Mobile : ..... Mail : ..... @ .....

Tél. tuteur(trice) : ..... Mobile : ..... Mail : ..... @ .....

Stage Football

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° allocataire CAF (si avel) : ..... N° sécurité sociale : .....

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

Coordonnées de l'assurance responsabilité civile : .....

N° de police : .....

Formule choisie :  Semaine(s)  Week-end inter stage

Régime :  Pension complète  Demi-pension

Date des stages choisis : .....

### AUTORISATION PARENTALE

(à remplir par le responsable légal)

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur), Mme, 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 : Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

(Précédée de la mention « lu et approuvé ») .....

Signature

### 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 : .....

Son adresse e-mail : .....@.....

### SUDSPORT34

www.sudsport.fr - info@sudsport.fr  
2 Rue Jacques Draparnaud - 34000 Montpellier  
Tél : 04 99 02 65 03 - 06 51 28 06 34  
Agrément : 034ORG0463





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

GARÇON

FILLE

## 1. VACCINATIONS

OBLIGATION de fournir la photocopie de la liste des vaccinations effectuées du carnet de santé de l'enfant.

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 CONCERNANT LE MINEUR

- 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.
- Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON   
Si oui, joindre une copie récente et les médicaments correspondants.

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 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir : .....

.....

.....

.....

Régime alimentaire de l'enfant	
Classique	<input type="checkbox"/>
Sans porc	<input type="checkbox"/>
Végétarien/végétalien	<input type="checkbox"/>

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

RUBEOLE  
OUI  NON

VARICELLE  
OUI  NON

ANGINE  
OUI  NON

COQUELUCHE  
OUI  NON

RHUMATISME  
ARTICULAIRE AIGU  
OUI  NON

OREILLONS  
OUI  NON

OTITE  
OUI  NON

ROUGEOLE  
OUI  NON

SCARLATINE  
OUI  NON

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

ALLERGIES	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres .....		

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers importants à savoir pour son accueil, et auquel cas, lesquels

Est-ce qu'une rencontre avec le responsable est nécessaire

OUI  NON

(si oui, le responsable vous recontactera)

**NOM ET PRENOM** (responsable du dossier allocataire) : .....

CAF N° Allocataire : .....

Nom et adresse du Centre de **Sécurité Sociale, CPAM ou autres** : .....

.....

**N° de sécurité sociale** : .....

MSA (fournir le bon vacances et l'attestation de quotient) : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

#### 4. INFOS FAMILLE

##### INFOS SUR LA MAMAN

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Lieu de travail : .....

##### INFOS SUR LE PAPA

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Lieu de travail : .....

NOM prénom	Qualité	Téléphone	OUI	NON
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. AUTORISATIONS PARENTALES OU TUTORALES

Je soussigné(e) ..... représentant légal de l'enfant sus-nommé.  
autorise

	OUI	NON
Le directeur ou animateur à transporter mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres parents à transporter mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le CSC à photographier ou filmer mon enfant uniquement pour la promotion de l'association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant à rentrer seul (si oui, à partir de .....h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené - conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de séjour à prendre, en cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Signature

Fait à : ..... Le .....

# 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 de gardiens :

- Position d'attente
- Prise d'appui
- Prises de balle
- Plongeon
- Déplacements
- Fermeture d'angle
- Duels au sol et aérien
- Jeu aux pieds
- Positionnement et attitude sur le terrain
- Timing des relances
- Placement du mur

### Les techniques défensives :

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

