



# LANDI F.C.

Stade de Tiez-Nevez  
29400 LANDIVISIAU

[www.landifc.com](http://www.landifc.com)

N° RNA	W293000981
N° SIRET	448 203 448 00015
Code APE	9312Z
N° FFF	542060



**Dossier d'inscription + Règlement, à rendre avant le vendredi 14 juin 2024, à :**

**LANDI FC / Stage Foot été / Complexe sportif de Tiez-Nevez / 29400 LANDIVISIAU**

**Contact pour renseignements : Nigél PHILIPPE, 06.21.40.16.48, [contact.landifc@gmail.com](mailto:contact.landifc@gmail.com)**

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE :

- Nom : ..... Prénom : .....
- Sexe :  Garçon  Fille
- Adresse : .....
- Mail : ..... Tél : .....
- Date de naissance : ..... / ..... / .....
- Catégorie sportive (saison 2023/2024) : U.....
- Licencié en Club (saison 2023/2024) :  Oui  Non
  - Si oui, Nom du Club : .....
- Poste sur le terrain :  Gardien  Défenseur  Milieu  Attaquant
- Taille de maillot :  08 ans  10 ans  12 ans  14 ans  S  M
- Le Stagiaire sait-il nager ?  Oui  Non

### PARTICIPATION :

Jour de Stage	U8/U9/U10 (Joueurs nés en 2014/2015/2016) 08 au 12 JUILLET 2024					U11/U12/U13 (Joueurs nés en 2011/2012/2013) 15 au 19 JUILLET 2024				
	Lundi 08/07/24	Mardi 09/07/24	Mercredi 10/07/24	Jeudi 11/07/24	Vendredi 12/07/24	Lundi 15/07/24	Mardi 16/07/24	Mercredi 17/07/24	Jeudi 18/07/24	Vendredi 19/07/24
Présent au Stage (Oui/Non)										
Repas à domicile (Oui/Non)										
Retour seul à domicile (Oui/Non)										

### CONDITIONS FINANCIÈRES :

- Tarif :
  - 200€ (pour une participation à l'ensemble des 5 jours de Stage, ou non).
- Règlement :
  - À verser obligatoirement lors de l'inscription (toute demande d'inscription sans le règlement ne sera pas prise en compte !).
  - Mode de règlement :  Chèque bancaire (à l'ordre de « Landi FC »)  Chèques-Vacances ANCV  
 Coupons-Sport ANCV  Espèces
  - Attestation de règlement, délivrée par le Landi FC, sur demande du Stagiaire.



## RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU STAGIAIRE :

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Adresse : .....
- Mail : .....
- Tél : .....
- Autre(s) renseignement(s) utiles à déclarer : .....
- En cas d'urgence pendant la durée du Stage, Personne(s) à contacter :
  - Nom / Prénom Personne 1 : .....
  - Tél mobile Personne 1 : .....
  - Nom / Prénom Personne 2 : .....
  - Tél mobile Personne 2 : .....

## AUTORISATIONS DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU STAGIAIRE :

- J'autorise mon Enfant à rentrer seul après le Stage (midi & soir) :  Oui  Non
  - Si non, Nom / Prénom des Personnes devant récupérer obligatoirement l'Enfant : .....
- J'autorise le Landi FC à utiliser l'image (photos, vidéos) de mon Enfant et à l'exploiter à des fins de communication, dans tous médias (site web du Landi FC, page Facebook/Instagram du LandiFC, presse écrite) ou événements susceptibles de promouvoir les actions du Landi FC :  Oui  Non

## MODALITÉS MÉDICALES :

- Le renseignement de la Fiche Sanitaire est obligatoire pour tous les participants (licenciés ou non).
- Pour les Joueurs non licenciés, un Certificat Médical d'Aptitude à la Pratique des Activités Physiques et Sportives (datant de moins de 6 mois à la date de début du Stage) doit obligatoirement être joint.

## TENUE DU JOUEUR :

- Prévoir une tenue de foot appropriée aux conditions météo, avec serviette et rechange si besoin (un vestiaire sera disponible pour les changements de tenue des Joueurs).
- À prévoir dans le sac de foot : short, chaussettes, protège-tibias (obligatoires !!), chaussures de foot, chaussures de sport (tennis), veste+pantalon de survêtement, k-way, gourde (possibilité de la remplir au stade), équipement « Plage » (slip de bain, serviette, crème solaire, casquette), équipement « Accrobranche » (gants).

## INFORMATIONS DIVERSES :

- Stage encadré par 4 Éducateurs diplômés du Landi FC.
- Horaire des journées de Stage : 09h00-12h00 et 13h30-17h30 (RDV à 08h45 au Club House / Tiez-Nevez), avec accueil des enfants possible dès 08h00 et garderie possible jusqu'à 18h00.
- Le planning complet sera diffusé aux Stagiaires, par mail, à la clôture des inscriptions.
- 2 solutions pour le déjeuner : repas à son domicile (entre 12h00 et 13h30) ou pique-nique à apporter.
- Une tenue de foot complète sera offerte, à tous les Stagiaires, le 1<sup>er</sup> jour de Stage.

*Je soussigné, ....., Responsable Légal de ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette présente Fiche Individuelle d'Inscription, ainsi que sur la Fiche Sanitaire, et autorise mon Enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du Stage.*

Fait à ....., le ..... / ..... / ..... **SIGNATURE**  
(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N°10008\*02

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;"><b><u>1 – ENFANT</u></b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE STAGE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## **2 - VACCINATIONS** (se référer au Carnet de santé ou aux Certificats de vaccinations de l'Enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser ci-dessous)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## **3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE STAGE ?  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 par l'Enfant sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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 ALIMENTAIRES  Oui  Non  
MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION), EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC., PRÉCISEZ :

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE STAGE) : .....

.....  
.....

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Père : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : .....

.....

*Je soussigné(e), ....., Responsable légal de l'Enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable du stage à prendre, le cas échéant, outre mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'Enfant ; j'autorise également, si nécessaire, le Responsable du Stage à faire sortir mon Enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date : ..... / ..... / .....

SIGNATURE

[Empty box for signature]