



# Olympique Saint-Maximinois

Affiliation Fédération Française de Football n° 511632

M.J.A. Bd Rey 83470 St-Maximin



## DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE FOOT OSM/KIABI/SPORT 2000

du lundi 10 au jeudi 13 Avril 2017 (catégories U6 à U13)

FORMULE N°1 : 4 JOURNEES :

Tarif : 80 €

Le repas est compris dans le tarif ci-dessus (repas chauds livrés au stade par un traiteur).

Repas sans porc

FORMULE N°2 : 4  $\frac{1}{2}$  JOURNEES pour tous les jours du stage

Tarif : 50 €

matin (les enfants arrivent entre 9h00 et 9h20)

après-midi (les enfants arrivent à 13h45)

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Date de naissance \_\_\_\_\_ (entre 2010 et 2003)

Saison 2015/2016 Club : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence de l'enfant \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LEGAL Père ou Mère

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Tél. domicile père : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. domicile mère : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) \_\_\_\_\_

Courriel de la famille : \_\_\_\_\_

### REGLEMENT :

MONTANT : ..... €

Cadre réservé à l'organisateur

ESPECES       CHEQUE  n°..... tiré sur .....



**FICHE DE LIAISON SANITAIRE**

**NOM ET ADRESSE du médecin traitant :**

\_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE. : \_ \_ \_ \_ \_

**Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_

(1) Lien de parenté : grands-parents, oncle, amis, voisins...

➤ **Problèmes de santé particuliers** (allergies, asthme, épilepsie, traitement...) :

OUI  NON

Si OUI, précisez :

\_\_\_\_\_

➤ **Allergies alimentaires particulières** : OUI  NON

Si OUI, précisez :

\_\_\_\_\_

**J'AUTORISE MON ENFANT A RECEVOIR DES SOINS D'URGENCE ET/OU A ETRE HOSPITALISE.**

Nom Prénom Date et Signature :





**ACCUEIL ET RECUPERATION DES ENFANTS**

**JE SOUSSIGNE(E) :**

PERE     MERE     TUTEUR    NOM : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_

\* Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (autres que parents) :

Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Lien (1) \_\_\_\_\_

(1) Lien de parenté : grands-parents, oncle, amis, voisins

\* Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités pour lesquelles il s'est inscrit,

\* Autorise le club de l'O.S.M. à utiliser, dans le but de promouvoir les activités, les photos et/ou films de mon enfant qui pourraient être réalisés lors des différentes activités auxquelles il participe.

\* Dans le cadre de l'accueil et de la récupération de mon enfant :

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités (stade Guy Daumas) à l'issue de celles-ci.

Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu des activités (stade Guy Daumas) à l'issue de celles-ci.

\* Je m'engage à informer le Club de l'O.S.M. de toutes modifications de ces renseignements.

\* Je certifie avoir pris connaissance des conditions énoncées dans le présent dossier d'inscription et accepte de m'y conformer.

Fait à Saint Maximin, le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire :





**PIECES A JOINDRE**

POUR LES LICENCIES DE L'O.S.M. :

- Règlement par chèque (à libeller à l'ordre de l'O.S.M.) ou espèces  
(montant défini page 1)

POUR LES LICENCIES FFF D'AUTRES CLUBS :

- Règlement par chèque ou espèces (dont le montant est défini page 1)  
 Photocopie recto-verso de la licence saison en cours 2016-2017

POUR LES NON LICENCIES :

- Règlement par chèque ou espèces (dont le montant est défini page 1)  
 1 photo d'identité  
 Copie de la Carte d'identité de l'enfant ou du Livret de famille  
 Justificatif de domicile  
 L'attestation d'assurance responsabilité civile individuelle et accident sur laquelle figurent le nom et le prénom de l'enfant  
 Le certificat médical (modèle ci-joint) dûment complété par le médecin traitant





**CERTIFICAT MEDICAL**  
**à fournir par les non-licenciés F.F.F.**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'état de santé de l'enfant \_\_\_\_\_

- Ne présente aucune contre-indication apparente à ce jour à la pratique d'activités sportives physiques et de plein air, notamment le football et la natation.
- Ne présente actuellement aucun signe décelable d'affection contagieuse.
- Est apte à la vie en collectivité.
- Est à jour des vaccins suivants Antidiphtérique/Antitétanique/Anti poliomyélitique durant l'année scolaire 2016/2017 (jusqu'au 31 Août).

Cachet et Signature