



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 juillet 2017 (catégories U6 à U13)

FORMULE UNIQUE : 4 JOURNEES :

Tarif : 60 €

IMPORTANT :

Le repas n'est pas compris dans le tarif ci-dessus (chaque stagiaire doit apporter son pique-nique). Penser à prévoir les affaires de piscine, crème solaire, casquette et joindre obligatoirement un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la natation.

9h00-9h15	Accueil des stagiaires	9h30-12h00	Ateliers football
12h00-13h00	Pique nique au Jardin de l'Enclos	13h00-13h15	Retour au stade
13h15	Départ pour la piscine municipale	16h15	Retour au stade
16h30	Goûter et récupération des enfants		

ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Date de naissance _____ (entre 2011 et 2004)

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 : €

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 TOUS LES STAGIAIRES :

- Certificat de non contre-indication à la pratique de la natation

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