



DISTRICT DU GERS DE FOOTBALL

Route de Lavacant – 32000 AUCH

Tél. Secrétariat: 0562055121 / Tél. Techniciens: 0562056551 / Fax : 0562054903

Web: <http://districtfootgers.fff.fr> E mail : secretariat@districtfootgers.fff.fr

Auch le, 20 Janvier 2018

Objet : Stage Bi-Départemental U14 (Nés en 2004) avec les Hautes Pyrénées du :
Mercredi 21 Février 2018 et Jeudi 22 Février 2018

P.J. : 1 fiche sanitaire / Autorisation parentale de l'image du sportif

Encadrement : MARSEILLOU Patrice (Ctd) et membres de la Commission Technique
du Gers et des Hautes Pyrénées

Déclaration DDCSPP de Séjour Sportif : N°0320169SP000117

Monsieur le Président,

Votre joueur, nommé dans la liste ci jointe, est convoqué pour participer au stage
Bi-Départemental des U14 avec 18 joueurs des Hautes Pyrénées.

Félicitations à ce joueur et son éducateur.

*Les frais du stage sont pris en charge, en totalité, par le District du Gers de Football.

*Les entraînements auront lieu sur les installations du terrain municipal de Mirande.

*La restauration se fera à la cantine scolaire municipale de Mirande.

*Les enfants seront hébergés au lycée professionnel agricole "Valentées" de Mirande.

*Les chambres et douches peuvent être, au choix, collectives ou individuelles

*Les déplacements s'effectueront en bus.

*Le stage a obtenu l'agrément DDCSPP et sera sous la responsabilité de
Patrice MARSEILLOU (Ctd du Gers).

Veillez faire en sorte que votre joueur se trouve le :

Mercredi 21 Février 2018 au terrain de MIRANDE route de Berdoues à 09h30.

La fin du stage est prévue le :

Jeudi 22 Février 2018 au terrain de MIRANDE route de Berdoues à 16h30.

Votre joueur doit être muni :

- 2 tenues de footballeur.
- 1 survêtement pour le soir.
- 1 nécessaire de toilette.
- 1 sac de couchage.
- 1 oreiller.
- 1 gourde ou bouteille.

De plus, veuillez trouver ci-joint **une fiche sanitaire de liaison et une autorisation parentale de l'image du sportif**. Ces documents sont à renvoyer au District du Gers de Football, à l'attention de Patrice MARSEILLOU, avant **le Vendredi 09 Février 2018**.

Prévenir en cas d'indisponibilité Mr Patrice MARSEILLOU au 06 86 92 50 08.

Au nom du District et de la Commission des Jeunes, nous vous remercions des efforts que vous
faitez pour les jeunes et notamment pour ce joueur retenu dans le stage départemental.
Nous sommes persuadés que ce stage sera bénéfique pour lui mais aussi pour votre club.

Veillez croire, Monsieur le Président, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Le C.T.D.,
Patrice MARSEILLOU

Liste des joueurs convoqués U14 Nés en 2004

AUCH FOOTBALL

ATTA	Mohamed	
BRETON	Corentin	
CAIRES DE SOUSA	Sandro Milton	(G)
CAZAUX	Rafael	
DELOUMEAUX	Malcolm	
GOURDIN	Mattéo	
HADHARI	Batchou	(G)
MARINHO OLIVEIRA	Roberto	
MICHAUD	Baptiste	
NAYAGOM	Lukas	<i>Abs Excusé</i>
PRIEUR	Guillaume	
RUIZ	Nathan	
WALCZAK	Costa	

AGSL (Gimont-St Sauvy-Touget-Castelnau Barbarens Marsan-Vallée de l'Arrats)

LASSERRE	Sylvain
MENON BERNABEU	Mathis
PIEDANNA	Etan

F.C. ISLE JOURDAIN

SASSE	Géraud
-------	--------

ENTENTE SUD ARMAGNAC (Riscle-Val d'Arros- Aignan-Manciet)

CAMPISTRON	Hermann
------------	---------

ENTENTE SUD GASCOGNE (Laymont-Lombez-Monblanc, Saramon-Simorre-Sud Astarac 2010)

EL MASMOUDI	Yasser
-------------	--------

AUTORISATION DE DÉPLACEMENT ET DE PARTICIPATION

Je soussigné (Nom du père ou de la mère).....

Adresse :

Autorise mon Fils (NOM -Prénom de l'enfant)

Né le Club

à participer au Stage Bi-Départemental U14 (Nés en 2004) avec les Hautes Pyrénées du :

Mercredi 21 Février 2018 et Jeudi 22 Février 2018

Je prends l'engagement qu'il respectera scrupuleusement les consignes qui lui seront données par les Responsables et, autorise l'Animateur, ou son représentant dûment accrédité à prendre toutes les dispositions en cas d'urgence et, particulièrement en cas d'accident.

AUTORISATION DE SOINS

Sous réserve d'en être préalablement informés, nous, soussignés père et/ou mère de l'enfant :

En cas d'accident, autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiqués, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical, y compris une anesthésie et une intervention, nécessités par l'état de santé de notre enfant.

Mutuelle:.....

N° Sécurité Sociale:.....

Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence : Père..... Mère.....

Fait à, le

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE DU SPORTIF

J'autorise le District du Gers de Football à photographier et filmer mon enfant, et prendre, publier, utiliser la représentation en images de mon enfant à des fins professionnelles (photos et films), pédagogiques, publicitaires ou informatives dans le cadre de nos activités, nos brochures ou sur notre site internet, sans demander d'indemnisation.

Cette autorisation est consentie à titre gracieux, uniquement au District du Gers de Football.

OUI NON

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE

Code de l'Action Sociale et des Familles Cerfa N° 10008*02	District du Gers de Football -Route de Lavacant- 32000 Auch Tél. : 05 62 05 51 21	Ministère de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
--	--	--



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le stage de l'enfant ;
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.
Cette fiche est à compléter et à renvoyer au District du Gers de Football avant :
le Vendredi 09 Février 2018



Nom Prénom Date de Naissance / /

Garçon Fille Dates du Stage : Du Au

VACCINATION : (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou Dtpolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication*

Traitement médical pendant le séjour

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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies	oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

De plus, veuillez trouver ci-joint une fiche sanitaire de liaison et une autorisation parentale

INDIQUEZ CI-APRES

Les Difficultés de Santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation) En précisant les dates et les précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, prothèses dentaires, régimes etc... Précisez :

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse de la Famille pendant le séjour

.....
.....

Tél. Domicile Tél. Portable Tél. Bureau

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules utilisés pendant le stage,

Autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date

Signature

A L'ATTENTION DES FAMILLES

/// COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU STAGE \\

District du Gers de Football - Route de Lavacant - 32000 AUCH

Tél. Secrétariat : 05 62 05 51 21, Tél. Techniciens : 05 62 05 65 51, Fax : 05 62 05 49 03

Web : <http://districtfootgers.fff.fr>

E mail : secretariat@districtfootgers.fff.fr

/// COORDONNEES DU RESPONSABLE DU STAGE \\

Patrice MARSEILLOU (CTD) Tél. 06 86 92 50 08

**Stage déclaré auprès de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations.*