



STAGE DE PERFECTIONNEMENT
GARDIEN DE BUT
les 23 & 24 février 2019

DOSSIER D'INSCRIPTION



PRÉSENTATION

L'ASFLS met en place un stage de perfectionnement pour les gardiens de but. Ce stage est ouvert à tout(e) licencié(e) évoluant dans les catégories U10, U11, U12 et U13.

Il sera encadré par des éducateurs diplômés.

Thibault DALZOVO BEF	Nicolas ADER Educateur de gardien de but
	

Dates limites pour retourner le dossier d'inscription :
Vendredi 8 février (inclus)

Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant :

1. Les feuilles de renseignements généraux.
2. L'autorisation parentale et de droit à l'image.
3. La fiche sanitaire de liaison.
4. Le règlement est de 85€ pour les deux jours tous frais compris (-20 % pour le second enfant d'une même fratrie soit 153 € au lieu de 170 €).

Vous recevrez ensuite un courrier ou email de confirmation avec la convocation pour le séjour.

Sachant que le stage ne verra le jour qu'à partir de 6 inscriptions, dans le cas contraire nous vous renverrons l'ensemble des pièces du dossier. Le stage est limité en place de ce fait il est conseillé de ramener les dossiers le plus rapidement possible.

PROGRAMME

Samedi 23 février 2019

Horaires	Activité	Lieu
9h à 9h30	Accueil des stagiaires et présentation du stage	Salle Bernard JOUET
10h à 12h	Entraînement spécifique gardien de but	Terrain d'honneur
12h30 à 13h30	Repas	Salle Bernard JOUET
14h à 15h	Plan Educatif Fédéral - Lois du jeu gardien de but	Salle Bernard JOUET
15h30 à 17h00	Entraînement spécifique gardien de but	Terrain d'honneur
17h à 18h	Goûter - Garderie	Salle Bernard JOUET

Dimanche 24 février 2019

Horaires	Activité	Lieu
9h à 9h30	Accueil des stagiaires	Salle Bernard JOUET
10h à 12h	Entraînement spécifique gardien de but	Terrain d'honneur
12h30 à 13h30	Repas	Salle Bernard JOUET
14h à 15h	Plan Educatif Fédéral - Culture foot	Salle Bernard JOUET
15h30 à 17h00	Entraînement spécifique gardien de but	Terrain d'honneur
17h à 18h	Goûter - Garderie - Remise maillot	Salle Bernard JOUET

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Stagiaire 1

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Stagiaire 2

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Représentant légal

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Informations sur le joueur / la joueuse

Nom du club d'appartenance : _____

Catégorie : U11 / U13 (entourez la catégorie correspondante)

Numéro de licence : _____

Nombre d'année de pratique du football : _____

Informations pour le maillot offert

Flocage dos (prénom ou initiales souhaitées) : _____

Taille : 10 ans / 12 ans / 14 ans / 16 ans (entourez la taille souhaitée)

Affaires à prévoir pour le stage

Tenues pour le terrain : maillots, shorts, chaussettes, protèges tibias, gants, k-way / coupe vent.

Affaires pour se doucher.

Affaires de rechange pour le repas et les moments dans la salle.

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (nom prénom du responsable légal) _____,
demeurant (adresse complète) _____,
autorise mon enfant (nom complet) _____

→
à participer aux activités organisées par l'Association Sportive Fleurance La Sauvetat.

▶▶ J'autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui seraient ordonnées par le médecin.

▶▶ J'autorise le club de l'A.S.F.L.S. à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (Publicité, communication réseaux sociaux), sans demander d'indemnisation.

▶▶ J'autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités.

▶▶ L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.

Nom de l'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Fait à _____

Le _____

Signature du représentant légal
(précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé, bon pour autorisation")



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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 séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
