



Jeunesses Sportives Luronnes
Stade Municipal
31B Rue Henry Marsot
70200 LURE
Tel : 03.84.30.36.87
www.jslurefootball.com
lure.js@lbfc-foot.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

STAGE DE PRÉPARATION U14-U16

SAISON 2018/2019

* * *

Un stage de préparation à destination des U14-U15-U16 se déroulera du mardi 26 au jeudi 28 février 2019 à BUSSANG (88540), composé de 3 jours et 2 nuits dans un gîte.

Activités :

- Entraînements ;
- Match amical contre l'AS VAGNEY ;
- Préparation physique ;
- Sortie en moyenne montagne (ski de fond ou randonnée) ;
- Animations en soirée (tournoi Playstation, jeux éducatifs, etc).

Le nombre de participants est **limité à 30 maximum**, exclusivement licenciés aux JSL.

Coût par participant : 70 €.

Il est demandé à chaque participant de prévoir une tenue adaptée aux activités proposées.

L'inscription sera prise en compte lorsque chaque dossier sera complet, c'est-à-dire dûment rempli et accompagné du règlement (espèces ou chèque à l'ordre des JS Lure).

* * *

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Numéro de téléphone :
Adresse :	Adresse mail :
Code Postal :	Équipe :
Commune :	

* * *

**Contact : M. Julian GUYOT – Directeur sportif –
06.66.86.04.44 – lurejsl.julianguyot@gmail.com**

* * *

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

1. NOM : Prénom : Tél :

2. NOM : Prénom : Tél :

* * *

Autorisation parentale :

Je soussigné(e), NOM :Prénom :

PÈRE – MÈRE – TUTEUR¹ autorise mon fils NOM :

Prénom : à participer au stage de préparation du 26 au 28 février et à l'ensemble des activités proposées et de permettre au responsable du stage de prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident nécessitant des soins ou hospitalisation.

* * *

Droit à l'image :

Je soussigné(e), NOM :Prénom :

PÈRE – MÈRE – TUTEUR¹ autorise par la présente les JSL à prendre et utiliser des photos, vidéos et tout autre support de communication sur lesquels mon fils

NOM :Prénom :

est susceptible d'apparaître dans le cadre du stage de préparation du 26 au 28 février et à l'ensemble des activités proposées.

* * *

Date : Signature :

**1 : entourer la mention utile*



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

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

Je soussigné, 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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