



N° Agrément : D0803/1266 du 11 mars 2008  
RNA : W802000159 / SIRET : 48526039200033  
JO du 07 janvier 2006

**STAGE FOOTBALL/LOISIRS  
EN DEMI-PENSION**

**De 8h30 à 17h30**

120 €

100 € LICENCIE(E)S FCPPA

Reçu le:

# AMELIORER LA PRATIQUE DU FOOTBALL "INITIATION & PERFECTIONNEMENT"

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

(Le bulletin est à retourner à JP. LUCAS Foot plus en Picardie – 10 rue d'Amiens 80670 Havernas)  
Portable : 07.68.06.17.62 / footplusenpicardie80@gmail.com

**Structure d'accueil : STADE Chemin de Vauvoix à Amiens**  
**Encadrés par des éducateurs diplômés : Jean-Paul LUCAS/BIBI**  
**Accompagnement du joueur sur la saison « Evaluation »**

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le ..... / ..... / ..... Taille ..... Poids : .....  
Adresse complète .....

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Localité .....

Portable |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Courriel : ..... @ .....

Licencié au Club de (pas obligatoire) .....

Personne à prévenir en cas d'accident : M/Mme .....

Adresse .....

Portable |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### Renseignements concernant la(les) période(s) proposées

Je souhaiterais participer à l'accueil suivant : « football /loisirs »

**Du lundi 06 juillet au vendredi 10 juillet 2026**  5 jours

**En demi-pension et gouter**

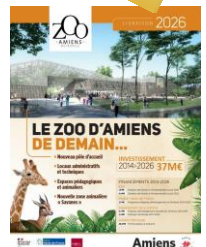
*Signature du Responsable Légal*

Joindre **120,00 euros** par stage pour la réservation (chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de **FOOT PLUS EN PICARDIE**)

Photocopie du carnet de vaccination + certificat médical *apte aux activités physiques et sportives*

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

Tournoi de foot le  
vendredi 10 juillet



**TERRAIN  
SYNTHETIQUE**





<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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**

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



MINISTÈRES  
ÉDUCATION  
JEUNESSE  
SPORTS  
ENSEIGNEMENT  
SUPÉRIEUR  
RECHERCHE

## AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE VUES D'UN MINEUR D'ENREGISTREMENTS SONORES ET D'UTILISATION D'IMAGES LE REPRESENTANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Nom de l'établissement : ..... Ville : ..... Classe : .....  
Date de naissance : .../.../.....

Les agents et prestataires missionnés par les ministères de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, des Sports, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, réalisent des reportages photographiques, audio et vidéo, afin d'enrichir la banque de contenus des ministères.

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : ..... (Père - mère - tuteur légal)(1)  
Adresse (si différente de l'enfant) : .....  
Téléphone : ..... email : .....@.....  
Et  
Nom : ..... Prénom : ..... (Père - mère - tuteur légal)(1)  
Adresse : (si différente de l'enfant) : .....  
Téléphone : .....  
email : .....@.....

### (1) rayer la mention inutile

Agissant en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale de l'enfant, autorise(nt) les ministères à enregistrer, reproduire et représenter l'image et/ou la voix de mon enfant, en partie ou en intégralité, ensemble ou séparément, sur les supports détaillés ci-dessous.

Cette autorisation est valable pour une utilisation :

- pour une durée de 10 ans à compter de la signature de la présente ;
- sur tous les supports d'information et de communication imprimés ou numériques à but non lucratif édités par les services de l'État ainsi que sur tous réseaux de communication, y compris télévisuels ou Internet ;
- de l'image et/ou la voix de mon enfant en tant que telle et/ou intégrée dans une œuvre papier, numérique ou audiovisuelle.

Conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, les ministères s'engagent à ce que la publication et la diffusion de l'image ainsi que des commentaires l'accompagnant **ne portent pas atteinte à sa vie privée, à sa dignité et à sa réputation. En vertu du Règlement général sur la protection des données (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, le sujet ou son/ses représentant(s) légal/légaux dispose(ent) d'un libre accès aux images concernant la personne mineure et a le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci\***.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

La présente autorisation est délivrée en deux ou trois exemplaires, dont le premier m/nous est remis, le second sera conservé par les ministères et le troisième par l'établissement.

Fait à : ..... Le : .....

Signature(s) manuscrite(s) du/des intéressé(e)(s) :  
(Précédée(s) de la mention « lu et approuvé – bon pour accord »)

\* Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de libre accès, de rectification, de modification et de suppression des données qui vous concernent. Pour toute réclamation, vous pouvez adresser un mail à l'adresse : [www.education.gouv.fr/contact-DPD](http://www.education.gouv.fr/contact-DPD) ou courrier recommandé avec accusé de réception (accompagné des copies des photographies concernées, ou, pour une vidéo, de la copie d'écran), à l'adresse suivante : Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Secrétariat général - Délégation à la communication 110, rue de Grenelle - 75357 Paris Cedex 07. Votre demande doit être accompagnée de la photocopie d'un titre d'identité comportant votre signature. Si cette démarche reste sans réponse dans un délai de 2 mois ou en cas de réponse insatisfaisante, vous pouvez saisir la Cnil pour contester la diffusion de votre image.