

STADE YVES - ADÈLE (LAMENTIN)

3^E ÉDITION

STAGES DFCO

DU 13 AU 18 FÉVRIER 2023



RÉSEAU AVENIR



DE 7 À 17 ANS

- Encadré par des éducateurs diplômés
- Présence du staff technique du DFCO
- Séances techniques, tournois, tests, etc.
- Découverte de l'univers du DFCO
- Pour les filles et les garçons
- NEW** Possibilité de faire 4 jours de stage pour les U14/U15



CHOIX DU STAGE

 13 ET 14 FÉVRIER
U12 à U15
 2011 à 2008

 15 ET 16 FÉVRIER
U16 à U18
 2007 à 2005
 *U14 à U15**
 2009 à 2008

 17 ET 18 FÉVRIER
U8 à U11
 2015 à 2012

*Uniquement si le 1^{er} stage des
13/14 février a été effectué

LE/LA STAGIAIRE

NOM _____ NAISSANCE _____

PRENOM _____ SEXE _____

CLUB (SI LICENCIÉ) _____ POSTE _____

TAILLE TENUE

 9 ANS 11 ANS 13 ANS 15 ANS XL XL ADULTE

LE CORRESPONDANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

PORTABLE (PARENT 1) _____ PORTABLE (PARENT 2) _____

 TÉLÉPHONE FIXE _____ N° S^TE SOCIALE _____

EMAIL _____ N° MUTUELLE _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame :

- Autorise mon enfant à participer au stage choisi dont les dates sont précisées ci-dessus.

- Autorise l'organisateur à utiliser des images photos et vidéos de mon enfant à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisées librement et gracieusement dans des supports ultérieurs ou sur le site internet du DFCO.

- Autorise l'organisateur à donner en mon lieu et ma place, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire et d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident.

- Déclare avoir pris connaissance du prix du stage et m'engage à verser la somme convenue.

- À la fin de la journée de stage, à défaut de venir personnellement chercher mon enfant j'autorise :

- M. ou Mme _____ à venir récupérer mon enfant.

- Mon enfant mineur à rentrer chez lui par ses propres moyens.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention «Lu et Approuvé»

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Annulation du stagiaire (toute annulation doit se faire par écrit)

Avant le début du stage

- Si raison médicale : remboursement avec retenue d'une somme de

60€ (frais de dossier et tenue entraînement DFCO)

- Autre raison : aucun remboursement

Durant le stage

- Remboursement des jours de stage non effectués

(20€/jour) sur

présentation d'un certificat médical.

- Le DFCO peut être exceptionnellement contraint

d'annuler un stage.

si le nombre minimum de stagiaire n'est pas atteint. Le

remboursement sera donc assuré.

ASSURANCE

En cas de négligence ou d'une faute de la part du DFCO du fait de l'organisation du stage, ce dernier est couvert par le biais d'une assurance «responsabilité civile».

Tout autre incident et/ou accident doit être couvert par l'assurance personnelle du stagiaire.

JOURNEE TYPE

8H-8H30

Accueil

8H30

Présentation de la journée

9H

Séance technique sur le terrain

12H

Repas et temps libre

13H30

Animations et découverte du DFCO

15H

Tournois

17H

Goûter / Fin de la journée

LES +

Tenue DFCO offerte

Goodies

Perfectionnement technique

Connaissance du DFCO

Éducateurs diplômés du DFCO

AFFAIRE À PRÉVOIR

- **Tenue de vie** : Baskets / Claquettes / Survêtement

- **Tenue de footballeur** : protèges tibias, chaussures à crampons moulées

- **Nécessaire de douche** : serviette, gel-douche

- **Les « plus »** : Casquette, crème solaire, bouteille d'eau.

PIÈCES À FOURNIR

Fiche d'inscription complète

Fiche sanitaire de liaison

Certificat médical datant de moins de trois mois (non licencié(e) FFF uniquement)

Photocopie pièce d'identité (recto/verso) du stagiaire

RÈGLEMENT

80€ POUR LES 2 JOURS

U14/U15 : 140€ SI LES 2 STAGES EFFECTUÉS

1 OU 2 CHEQUES CHEQUES ANCV

- Indiquer le nom du stagiaire et les dates au dos
- Ordre : DFCO

VIREMENT

- Demander le RIB par mail

- Envoyer l'ordre du virement par mail

- Indiquer le nom du stagiaire lors du virement

MODE D'ENVOI

Par courrier

Association DFCO
700 rue Frédéric Lescuré
21850 Saint-Apollinaire

Par mail

stages@asso-dfco.fr

Numéros utiles : 06 72 63 92 58 / 07 61 63 43 59

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :