



STAGES FOOT
POUR TOUS

Dominique Prost

FICHE D'INSCRIPTION

À retourner à : Stages Foot Pour Tous / Centre Sportif – 40 RUE DES MENUTS 33000 BORDEAUX
Contact : TOM ROCHETEAU – 06 18 82 16 39



LE STAGIAIRE

NOM :

Prénom :

Sexe : M [] F [] Né(e) le : / / Age :

Numéro de Sécurité Sociale du parent d'affiliation : / / / / / /

Remarque spécifique concernant votre enfant (port de lunettes, appareil dentaire, énurésie, ou toute autre information de santé ou familiale utile à l'équipe d'animation) :

Licencié en club : NON [] OUI []

Si oui nom du club : Poste occupé :

(joindre copie recto/verso de la licence)



LE STAGE ET LES OPTIONS

J'inscris mon enfant pour le(s) stage (s) référence(s) : du : / / au / /

En tant que [] PENSIONNAIRE :

(voir page 3/3)

Inscrit pour plusieurs stages consécutifs, il restera le(s) week-end(s) : NON [] OUI []

Si NON, j'accompagnerai mon enfant directement au centre de Stages, le dimanche entre 17h et 19h. Fin de stage le vendredi soir après la cérémonie de cloture.

En tant que [] DEMI-PENSIONNAIRE :

J'accompagnerai mon enfant directement au centre de Stages, le lundi entre 8h30 et 9h. Attention, le sac de sport avec l'équipement de foot doit être prêt, la séance d'entraînement commence à 10h. Fin de stage le vendredi soir après la cérémonie de cloture.

LES INFORMATIONS PARENTALES

NOMS et Prénoms des parents (ou resp. légal) :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Tel domicile : Tel Professionnel : Portable :

Adresse mail : Tel pendant le stage :

Professions des Parents :

.....



STAGES FOOT
POUR TOUS

Dominique Prost

FICHE D'INSCRIPTION

À retourner à : Stages Foot Pour Tous / Centre Sportif – 40 RUE DES MENUTS 33000 BORDEAUX
Contact : TOM ROCHETEAU – 06 18 82 16 39



RÉGIMES ALIMENTAIRES

Aucun Végétarien Sans Porc

DIVERS

S'agit-il d'un premier départ pour l'enfant en Centre de Vacances ? Taille pour le T-Shirt :

Non Oui

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) : [] père [] mère [] responsable légal

Autorise :

- La Direction des Stages à faire soigner mon enfant par un médecin et à prendre toutes les mesures d'urgence au cas où je ne pourrais être joint.
- La Direction des Stages à utiliser pour des raisons professionnelles, les photos ou films réalisés lors du stage sans compensation, dans le respect des droits de l'enfant.
- La Direction des Stages à utiliser les véhicules des Stages ou personnels pour transporter mon enfant.
- A reconduire mon enfant, s'il voyage seul, à la gare. Et le laisser repartir en train (hors convoyage).

Déclare :

- Avoir pris connaissance des clauses administratives et financières et m'engage à solder le séjour de mon enfant.
- Avoir informé mon enfant des règles à respecter lors du séjour.
- Que toutes les informations sont exactes.

Délègue :

Au cas où je ne pourrais venir chercher mon enfant, Madame, Monsieur :

Tel : Portable :

Fait à : Le : / /

Signature :

LES DATES ET RÉFÉRENCES DES STAGES

Stage P1 : du dimanche 12 au vendredi 17 Avril 2026

Stage P2 : du dimanche 19 au vendredi 24 Avril 2026

Stage J1 : du dimanche 5 au vendredi 10 juillet 2026

Stage J2 : du dimanche 12 au vendredi 17 juillet 20256

Stage J3 : du dimanche 19 au vendredi 24 juillet 2026

Stage A1 : du dimanche 2 au vendredi 7 aout 2026

Stage A2 : du dimanche 9 au vendredi 14 aout 2026

LES TARIFS

PENSION COMPLÈTE

	Le stagiaire	1e frère/sœur
1e semaine	530 €	520 €
2 semaines	1050 €	1010 €

Coût interstage (pension le weekend)

150 € TTC / pers en supplément

DEMI-PENSION

	Le stagiaire	1e frère/sœur
1e semaine	310 €	300 €
2 semaines	600 €	580 €

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie que l'enfant :

Est à jour de ses vaccinations [] Son groupe sanguin (si connu) est :

Est apte à la pratique du football [] Sa taille : cm Son poids : kgs

Est apte à la vie en collectivité [] Suit-il un traitement ? (préciser) :

Allergies alimentaires : NON [] OUI [] Si oui, préciser :

Allergies médicamenteuses : NON [] OUI [] Si oui, préciser :

Précisions allergies (et recommandations si besoin) :

Autres problèmes de santé :

Fait à : Le :/...../.....

TAMPON ET SIGNATURE
DU MÉDECIN