**STAGE FOOT/MULTISPORTS**

**15€ LA JOURNEE OU 75€ LA SEMAINE**

**REPAS ET GOUTER COMPRIS DEDANS**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

Observation particulières :

Jours choisis (cocher les jours choisis) :

Lundi 10/07 ***□*** Mardi 11/07 ***□*** Mercredi 12/07 ***□***

Jeudi 13/07 ***□*** Lundi 17/07***□*** Mardi 18/07 ***□***

Mercredi 19/07 □ Jeudi 20/07 □ vendredi 21/07 □

Lundi 24/07 ***□*** Mardi 25/07 □ Mercredi 26/07 □

Jeudi 27/07 □ Vendredi 28/07 □

Personnes à contacter en cas de besoin :

Nom  Prénom :

Portable :

**Pour tous renseignements appeler sandra perrin 06.63.83.19.03**



**Autorisation parentale**

Je soussigné Mr ou Mme………………………. Autorise mon fils, ma fille……………………………. née le …………..…………..à participer au stage de football/multi-sports organisé par le club de football de l'USSM ………… sur le complexe sportif de Marville du.....................au....................Juillet.

 de …..h à …..h.

Fait à ……………………………

Le ……………………………….

 Signature du responsable légal

En cas d'accident : Nom et numéro de votre assurance :

…................................................................................................................

Numéro de sécurité sociale de l’enfant:

…………………………………………………………………………….

Groupe Sanguin :

……………………………………………………………………………..

Numéros de téléphone où joindre le responsable légal pendant le stage :

……………………………………………………………………………..

Pour toutes personnes pas licenciées au club merci de fournir une attestation d’assurance et un certificat médical de moins de 3 mois.

**Autorisation de droit d’image**

Je soussigné Mr ou Mme …………………………………(accepte // n’accepte pas)\*

Que mon fils, ma fille ………………………. soit photographié pendant le déroulement du stage et que cette photo puisse être utilisée pour un article de presse.

Fait à ……………………………

Le ……………………………….

 Signature du responsable légal

**…...............................................................................................................................................**

**Autorisation parentale**

**en cas d'intervention chirurgicale urgente**

Je soussigné(e) …............................................................................................................

Représentant légal de l'enfant mineur.........................................................................

- déclare autoriser les dirigeants de l'USSM à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris l'hospitalisation.

- déclare signaler les contres indications éventuelles et problèmes médicaux suivants :

…..........................................................................................................................

Médecin traitant :

Nom : ….........................Prénom :............................n°tel :...............................

 Signature :