

# STAGE DE PÂQUES

Du Lundi 11 au Mercredi 13 Avril 2022

Tarif d'inscription : 45€

(Nombre de places limitées)



Faites le plein d'activités  
pendant 3 jours !





### **LUNDI 11 AVRIL**

**9H-9H30 : Accueil des enfants**

**10H : Activité (U6 à U9 Garçons Filles : Piscine)  
(U11-13 Garçons Filles - 15F : Patinoire)**

**12H : Pique-nique à apporter**

**13H-14H : Temps libre + Actions PEF (Educatif)**

**14H-16H30 : Terrain**

**17H-17H30 : Goûter puis fin de la journée**

### **MARDI 12 AVRIL**

**9H-9H30 : Accueil des enfants**

**10H : Activité (U6 à U9 Garçons Filles Récré des pirates)  
(U11-13 Garçons Filles - 15F : Terrain)**

**12H : Repas organisé par le club**

**13H-16h : Départ Trampoline Park Jump (U11-13 Garçons Filles - 15F)**

**14H-16H : Terrain (U6 à U9 Garçons Filles)**

**17H-17H30 : Gouter et Fin de la journée**

### **MERCREDI 13 AVRIL**

**9H-9H30 : Accueil des enfants**

**10H : activité libre (U6 à U9 Garçons Filles) – Visite du musée Automobile Matra (U11-13 Garçons Filles - 15F)**

**11H : Activités PEF (Educatif)**

**12H : Pique-Nique à apporter**

**13H : Départ**

**15H : (Foot en salle terrain synthétique couvert) Le Five à Orléans-Ingré**

**18H : Retour, Gouter et Fin du stage**

### **EQUIPEMENTS A PREVOIR :**

Survêtement du club pour les 3 jours

Piscine = Maillot de bain + Serviette et gel douche

Patinoire = Bonnet + Gants

Foot Extérieur : Tenue de foot habituel avec crampons + Protèges tibias + Gourde

Récré des pirates et Trampoline Park =  
Survêtement + Chaussettes

Foot d'intérieur Five = Tenue de foot + BASKETS PROPRES

Nécessaire de douche après les entrainements



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## INSCRIPTION AU SECRETARIAT AVANT LE LUNDI 04 AVRIL

Je soussigné (e), Mme, M. : .....

Agissant en tant que représentant légal, autorise

mon fils/ma fille : .....

qui est né(e) le : ..../..../.....

à participer au stage de Pâques du SOR

du Lundi 11 au Mercredi 13 Avril 2022

J'autorise l'éducateur ou le club à prendre toutes les mesures nécessaire, en cas d'urgence. OUI /NON

Nom d'une personne joignable en cas d'urgence :

.....

Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

Adresse mail : .....

## **3 JOURS - (Nombre de places limitées)**

## **Réservé aux licenciés du SOR – Foot à 5/ Foot à 8**

### GARCONS

U6-U7 = 2016/2015

U8-U9 = 2014/2013

U10-U11 = 2012/2011

U12-U13 = 2010/2009

### FILLES

U6-U7 = 2016/2015

U8-U9 = 2014/2013

U10-U11 = 2012/2011

U12-U13 = 2010/2009

U14-U15 = 2008/2007

**Tarif d'inscription : 45€**

**(A régler au moment de l'inscription)**



N° 10008\*01

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A EtÉ CONcUE pOUR REcUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI pOURRONT EtRE UTILES pENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON cARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE :  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant, ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE		VACCINS PRATIQUÉS		DATES
<i>Précisez s'il s'agit :</i>				
du DT polio				
du DT coq				
d'une prise polio				
Hépatite B				
RAPPELS				

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	✓	✓	✓
RE-VACCINATION	✓	1 <sup>er</sup> RAPPEL	✓

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POUROUOI ? \_\_\_\_\_

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
✓		✓
✓		✓

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBECOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, réductions)

✓
✓
✓

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'oubliez PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

SI L'ENFANT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° DE SS \_\_\_\_\_ N° DE TEL. \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

Cachet de l'Organisme (siège social)

LIEU DU SEJOUR : \_\_\_\_\_

ARRIVÉE LE	✓	✓
DÉPART LE	✓	✓

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

(qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

(qui indiquera ses nom et adresse)

PAR LE MÉDECIN

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR