



# FICHE D'INSCRIPTION

## STAGES FÉVRIER 2025

Nom : ..... Prénom : .....

M  F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : .....

Date d'inscription du lundi au vendredi : du ..... au .....

### STAGES ENFANTS

- **Tennis (7-14 ans)**  
**5 séances de 1h30 : 80€ / semaine\***  
 17 > 21 février 9h-10h30  
 24 > 28 février 9h-10h30  
**5 séances de 3h : 115€ / semaine\*\***  
*(1h30 tennis & 1h30 multisports)*  
 17 > 21 février 9h-12h  
 24 > 28 février 9h-12h
- **Padel (8-14 ans)**  
**5 séances de 1h30 : 80€ / semaine\***  
 17 > 21 février 14h-15h30  
 24 > 28 février 14h-15h30  
**5 séances de 3h : 115€ / semaine\*\***  
*(1h30 padel & 1h30 multisports)*  
 17 > 21 février 14h-17h  
 24 > 28 février 14h-17h
- **Multisports (7-11 ans)**  
**5 séances de 3h : 60€ / semaine**  
 17 > 21 février 14h-17h  
 24 > 28 février 14h-17h

### STAGES ADULTES

- **Tennis**  
**5 séances de 1h30 : 115€ / semaine**  
*(+ Accès illimité à la salle de musculation)*  
 17 > 21 février 17h30-19h  
 24 > 28 février 17h30-19h
- **Padel**  
**5 séances de 1h30 : 115€ / semaine**  
*(+ Accès illimité à la salle de musculation)*  
 17 > 21 février 17h30-19h  
 24 > 28 février 17h30-19h

\* 60€ enfants inscrits au Club Grand Stade  
 \*\* 95€ enfants inscrits au Club Grand Stade



## ■ COORDONNÉES

Adresse résidence principale : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

E-mail : .....

Adresse lieu de vacances : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Je suis propriétaire (parents / grands-parents)  Je suis en location

## ■ RÉGLEMENT (validation des inscriptions à la réception du règlement) : ..... €

Chèque (à l'ordre du Trésor Public)  Espèces  Carte Bancaire  Chèque vacances

### A joindre avec le dossier d'inscription :

- Copie du carnet de vaccinations à jour (uniquement stages enfants)
- La fiche sanitaire de liaison (uniquement stages enfants)
- Acceptation des conditions générales d'inscription
- Le règlement complet de la formule de stage
- La facture (si règlement en ligne)

### Comment avez-vous connu Grand Stade ?

Site Internet de l'Office de tourisme  Affiches  Prospectus  Annonce pub  
 Bouche-à-oreille  Autre

### Autorisation de droit à l'image

Je soussigné (e) M<sup>me</sup> / M. .... responsable de l'enfant .....

**Autorise le service communication de la ville de Saint-Cyprien à prendre mon enfant en photo** pendant les activités sportives et **à utiliser librement les photographies** (affiches, dépliants, site web officiel de l'Office de tourisme de Saint-Cyprien...).

Oui  Non

### Tenue du stagiaire (en fonction du stage choisi) :

- **Multisports** : chaussures de running de préférences, chaussettes, short, tee-shirt, casquette ou chapeau, crème solaire, bouteille d'eau, goûter.
- **Tennis / padel** : chaussures spécifiques fortement conseillées, chaussettes, short, tee-shirt, casquette ou chapeau, crème solaire, bouteille d'eau.
- **Stages à la journée** : chaque stagiaire devra apporter son propre pique-nique tous les jours (cuisine équipée pour garder au frais les aliments), une gourde (impératif)

### Fiche sanitaire de liaison

#### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement ?

Oui  Non

Si Oui, remettre au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

- |                   |   |                         |   |                   |   |
|-------------------|---|-------------------------|---|-------------------|---|
| <b>Rubéole</b>    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Varicelle</b>        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Angine</b>     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Rhumatisme</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Articulaire aigu</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Scarlatine</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Coqueluche</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Otite</b>            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Rougeole</b>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Oreillons</b>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                         |   |                   |   |

**Allergies :**

- |               |   |                        |   |                     |   |
|---------------|---|------------------------|---|---------------------|---|
| <b>Asthme</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Médicamenteuses</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Alimentaires</b> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.

. . . . .

**Recommandations utiles des parents** : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

. . . . .

Je soussigné (e) M<sup>me</sup> /M. . . . . responsable de l'enfant . . . . .

**Atteste que mon enfant n'a pas de contre-indication médicale** à la pratique de cette activité et est couvert par une assurance pour ces activités extra-scolaires  Oui  Non

**Autorise à prévenir en cas d'urgence**

M<sup>me</sup> /M. . . . . Tél. : . . . . .

Nom du médecin traitant . . . . . Tél. : . . . . .

**Autorise les responsables de Grand Stade à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux** qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente ou toute affection grave, après consultation d'un praticien à mon enfant  Oui  Non

**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.

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

L'Office de tourisme assure la surveillance des enfants mineurs régulièrement inscrits durant les cours, les manifestations et les événements qu'il organise dans le cadre de ses missions statutaires. L'Office de tourisme, à cette occasion, dispose du pouvoir de direction, de contrôle, de surveillance ainsi qu'un pouvoir disciplinaire dans la limite des lois et des règlements. Chaque inscription d'un enfant mineur indique les heures durant lesquelles il est placé sous la responsabilité de l'Office de tourisme.

En dehors de ces horaires, l'Office de tourisme n'assure aucune surveillance de l'enfant mineur et dégage toute responsabilité pour tous les dommages qu'il subirait ou qu'il causerait à autrui du fait d'un défaut de surveillance. Ses parents, représentants légaux ou les personnes en ayant la responsabilité au titre des dispositions de l'article 1384 du code civil, doivent veiller à récupérer les enfants à la fin de la prise en charge de l'enfant par l'Office de tourisme ou à en assurer la surveillance effective dans les installations de l'Office de tourisme dans le respect de son règlement intérieur.

La signature du présent règlement par le représentant légal de l'enfant mineur portant la mention « lu et approuvé » porte parfaite information des conditions de surveillance et décharge l'Office de tourisme de toute responsabilité dans les conditions ci-dessus.

**Date et signature du parent ou du tuteur investi de l'autorité parentale précédée de la mention : " Lu et approuvé "**

**Date :**

**Signature :**