



STAGE FOOT D'HIVER

FC DIEUL-ENGHIEN



LES OBJECTIFS

● OBJECTIFS TECHNIQUES

SÉANCE(S) D'ENTRAÎNEMENT AU QUOTIDIEN AUTOUR D'UNE PROGRAMMATION TECHNIQUE SPÉCIALE ATTAQUANT

● OBJECTIFS CITOYENS

VIE EN COMMUNAUTÉ, FAIR-PLAY, HYGIÈNE DE VIE, LOIS DU JEU, ETC.

● OBJECTIFS LUDIQUES

TEMPS AVEC L'ÉQUIPE D'ANIMATION

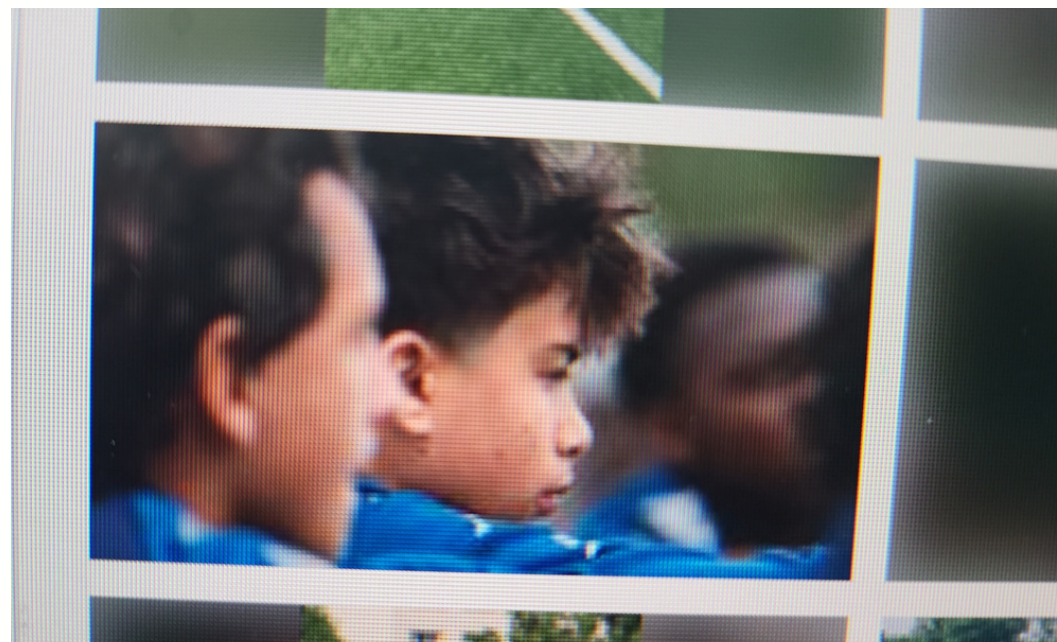
L'ENCADREMENT

UN ENCADREMENT DIPLÔMÉ : BMF / FF3 / FF2 / FF1

UN ENCADREMENT "LOCAL" : ÉDUCATEURS DU FCDE

UN ENCADREMENT "FIDÈLE" : STABILITÉ DE L'ÉQUIPE TECHNIQUE SAISON APRÈS SAISON

UN ENCADREMENT AVEC DE RÉELLES COMPÉTENCES TECHNIQUES ET PÉDAGOGIQUES



LES REPAS

RESTAURATION AU SEIN GYMNAS A. MIMOUN

COLLATION MATIN + DEJEUNER (1 PLAT + 1 DESSERT)
PRESTATAIRE "EXTÉRIEUR"
HORAIRE : 12H30 - 14H

“LE GOUTER EST A LA CHARGE DES FAMILLES”

LA PLANIFICATION - U8/U12



	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
08H30 - 09H00	ACCUEIL DU MATIN	ACCUEIL DU MATIN	ACCUEIL DU MATIN	ACCUEIL DU MATIN	ACCUEIL DU MATIN
MATIN 9H00 - 12H30	SEANCE	SEANCE	SEANCE	SEANCE	QUIZ LOIS DU JEU
MIDI 12H30 - 14H00	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
APRÈS - MIDI 14H00 - 17H00	SEANCE	SEANCE	CINEMA	SEANCE	MATCH/TOURNOI
17H00 - 17H30	ACCUEIL DU SOIR	ACCUEIL DU SOIR	ACCUEIL DU SOIR	ACCUEIL DU SOIR	ACCUEIL DU SOIR

Des modifications peuvent être apportées au planning

LE COUT DU STAGE



01

LE TARIF

120€

POUR 5 JOURS

50 joueurs maximum par stage

02

Modalité de paiement : espèces, virement ou chèques à l'ordre du FCDE

RIB du Football Club Deuil Enghien

IBAN: FR76 1820 6000 1942 1618 4700 107

BIC: AGRIFRPP882

Mettre en libellé du virement : nom du joueur + stage HIVER

Inscription : fcde@lpiff.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION



U8-U12 du 2 au 6 mars 2026

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Date de naissance :
Nom et prénom du responsable légal de l'enfant.....
Adresse :
Tél. domicile du responsable légal :
Tél. portable du responsable légal :
Adresse e-mail du responsable légal :
N° Licence :
Poste occupé (sur le terrain) :
N°Sécurité sociale :
Caisse d'Assurance Maladie :
Assurance Responsabilité Civile (numéro du contrat):
Mutuelle :
Personne à joindre en cas d'urgence pendant le séjour (Nom, Prénom, Téléphone) :

AUTORISATION PARENTALE



Je soussigné (e) (Père, Mère ou Tuteur), autorise mon enfant..... À participer à toutes les activités proposées par les stages.

J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale d'urgence.

J'autorise la direction à utiliser les images (photos ou vidéos) prises lors des stages où figure mon enfant dans le cadre de la promotion future des stages ou pour faire découvrir par ce biais les activités réalisées aux familles sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

J'autorise l'encadrement du stage à transporter mon enfant dans un véhicule du club ou dirigeant durant le stage si la situation le nécessite.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



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

MEDICAMENTEUSES

☐ 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 :





FC DEUIL-ENGHIEN

www.fcdeuilenghien.fr



Instagram



Rejoignez nous

et partageons la passion
du football

Facebook

