



# Stages ARCHERY COACHING 2024

**Date(s) retenue(s) :**

**Formule retenue :**

<input type="checkbox"/> Du dim 21/04 (18 h) au sam 27/04 (14 h) (6 jours)	<input type="checkbox"/> Avec hébergement en pension complète (760 €)
<input type="checkbox"/> Du lun 22/07 (18 h) au dim 28/07 (14 h) (6 jours)	<input type="checkbox"/> Sans hébergement (repas du midi inclus) (570 €)
<input type="checkbox"/> Du sam 12/10 (18 h) au ven 18/10 (14 h) (6 jours)	

Navette possible depuis la gare ou l'aéroport de Perpignan. Me contacter pour les horaires

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Adresse :</b>		
<b>Code Postal :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Portable :</b>	<b>Email :</b>	
<b>Club :</b>	<b>Catégorie :</b>	<b>N° de licence :</b>
Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Arc classique <input type="checkbox"/>
		Arc à poulie <input type="checkbox"/>
		Barebow <input type="checkbox"/>

**Disciplines pratiquées :**

2 X 70 m     2 X 50 m     2 X 18 m     Tir campagne     Beursault

	2 X 70 m	2 X 50 m	2 X 18 m	Campagne	Beursault	Nature
Record (en compétition)						

**Pièces à joindre :**

- Licence sportive ou passeport ou carte d'identité
- Fiche d'inscription remplie et signée

L'inscription est confirmée après réception de l'acompte de 30% par virement (références en bas de page) ou chèque à l'ordre d'**ARCHERY COACHING**.

Le solde est à régler **15 jours avant** le début du stage (paiement en plusieurs fois possible en précisant les dates d'encaissement souhaitées sur les chèques)

A envoyer à : ARCHERY COACHING / Lionel TORRES – 27 rue Ferdinand Pouquet – 66680 Canohès

**Remarques particulières :**

Possibilité d'un hébergement anticipé pour ceux qui le souhaitent (me contacter).

J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

*ltcoaching@yahoo.fr / 06 14 05 18 79 / www.stagelioneltorres.com*

*Archery Coaching – 27 rue F.Pouquet / 66680 Canohès N° SIRET 52030183900012*

**IBAN FR76 1710 6000 3801 5284 5900 009    Code BIC AGRIFRPP871**

# Autorisation parentale

A remplir par le représentant légal en lettres MAJUSCULES

**Je soussigné (e) père, mère ou tuteur (1) ( (1) rayer les mentions inutiles),**

Nom :

Prénom :

Demeurant :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe:

Bureau :

Portable :

Email :

Autorise mon fils, ma fille (1) à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du stage de tir à l'arc :

- Du dimanche 21 avril **(18 h)** au samedi 27 avril 2024 **(14 h) Tir extérieur**
- Du lundi 22 juillet **(18 h)** au dimanche 28 juillet 2024 **(14 h) Tir extérieur**
- Du samedi 12 octobre **(18 h)** au vendredi 18 octobre 2024 **(14 h) Tir en salle**

organisé par l'association « Archery Coaching ».

En outre,

**Cocher les cases suivantes pour signifier votre accord**

- J'autorise la direction du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui seraient reconnues urgentes par le médecin.
- J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.
- J'autorise un des membres du stage (entraîneur, athlète ou autre parent) à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou autre moyen de transport pour se rendre sur le lieu du stage ou sur les sites d'activités sportives.

**En cas d'urgence, prévenir Madame, Mademoiselle, Monsieur (1),**

Nom :

Prénom :

Demeurant :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe:

Bureau :

Portable :

Email :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant ou du parent auquel il est rattaché :

Fait à :

Signature du représentant légal :

Le :

(précédé de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé – bon pour autorisation »)



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, 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.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....	Centre de Pleine Nature Sud Canigó	.....
.....	Complexe sportif - Lieu-Dit la Baillie	.....
.....	66150 Arles Sur tech	.....
	Tél : 04 68 39 37 82	.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....