



Stages ARCHERY COACHING 2026

Date(s) retenue(s) :

- ☐ Du dim 05/04 (**18 h**) au sam 11/04 (**14 h**) (**6 jours**)
- ☐ Du lun 20/07 (**18 h**) au dim 26/07 (**14 h**) (**6 jours**)
- ☐ Du sam 10/10 (**18 h**) au ven 16/10 (**14 h**) (**6 jours**)

Formule retenue :

- ☐ Avec hébergement en pension complète (**795 €**)
- ☐ Sans hébergement (repas du midi inclus) (**595 €**)

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

<u>Nom :</u>	<u>Prénom :</u>	<u>Date de naissance :</u>
<u>Adresse :</u>		
<u>Code Postal :</u>	<u>Ville :</u>	
<u>Portable :</u>	<u>Email :</u>	
<u>Club :</u>	<u>Catégorie :</u>	<u>N° de licence (obligatoire) :</u>
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 ou 60 m ☐ 2 X 50 m ☐ 2 X 18 m ☐ Tir campagne ☐ Beursault ☐

	2 X 60-70 m	2 X 50 m	2 X 18 m	Campagne	Beursault	Nature
Record (en compétition)						

Pièces à joindre :

- Licence sportive (**si absence de licence, certificat médical de non contre-indication obligatoire**)
- 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 :

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 5 avril **(18 h)** au samedi 11 avril 2026 **(14 h) Tir extérieur**
- ☐ Du lundi 20 juillet **(18 h)** au dimanche 26 juillet 2026 **(14 h) Tir extérieur**
- ☐ Du samedi 10 octobre **(18 h)** au vendredi 16 octobre 2026 **(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 »)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ 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**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....