



Dates du stage : Le 4 et le 5 février 2017

Lieu: Comité Régional d'Ile-de-France
38 rue Roger Salengro – 94270 Le Kremlin-Bicêtre

**Tarif Licenciés : 90€ en
externat et 130€ (internat)**
Tarif non licenciés : 160 € /220€
Tarif OPCA : 500 €

ETAT CIVIL

Nom : Prénom:.....
Adresse :
Code Postal : Ville :
Date de Naissance : Tél. :
Email : Profession / Etudes :
N° licence FSCF Avez-vous un passeport formation :

Je soussigné(e)m'engage à suivre les consignes prévues par le
règlement des stages.

SIGNATURE du STAGIAIRE

AUTRES RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom de l'association :
Nom du correspondant : Mail du correspondant :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. :

SIGNATURE DU CORRESPONDANT

Observations éventuelles :
.....

- ✓ Je joins le règlement complet à cette fiche d'inscription (possibilité de régler en plusieurs fois : nous contacter).
- ✓ Je note qu'en cas de **désistement**, le secrétariat du Comité Régional doit être impérativement prévenu par courrier ou courriel. Si le désistement intervient jusqu'à **7 jours avant le début du stage**, le comité régional retient la moitié du prix et la totalité s'il intervient moins de 7 jours avant.
- ✓ Le Comité Régional se réserve le droit d'annuler le stage si le nombre d'inscrits est insuffisant ou en cas de force majeure.
- ✓ Objectif financé par la Région Ile de France

**Fiche d'inscription à retourner avant le 5 janvier 2017 pour l'internat et 28
janvier 2017 pour l'externat**

Comité Régional Ile de France FSCF - 38 Rue Roger Salengro – 94270 LE KREMLIN BICETRE



AUTORISATION PARENTALE (si mineur(e))

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
autorise mon fils, ma fille

- ✓ A s'inscrire au stage de
et à pratiquer toutes les activités prévues lors du stage et en dehors.
- ✓ A subir toute intervention pratiquée en cas d'urgence par un médecin et à suivre
le traitement rendu nécessaire par son état de santé (joindre toutes contre-
indications éventuelles)
- ✓ A se rendre par ses propres moyens sur le lieu du stage et à en revenir.
- ✓ A voyager seul(e) en cas de renvoi décidé par le directeur de la session.
- ✓ A être véhiculé par la FSCF

*D'autre part, je m'engage à rembourser à l'organisateur tous les frais médicaux et
frais annexes qui auraient été avancés pour mon enfant. Je me rends responsable
de toutes dégradations occasionnées par l'enfant sur les lieux de séjours.*

Coordonnées des parents durant le stage (adresse – téléphone).....
.....
.....

Fait à le

Signature du responsable légal



AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE

Je soussigné (e),

NOM

Prénom

Adresse

Téléphone : Email

Autorise, la Fédération Sportive et Culturelle de France à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies sur lesquelles j'apparais sur l'ensemble des supports de communication Interne et Externe de la fédération, à titre gracieux.

Date/période :

Dans le cadre de l'action suivant :

Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique,...) et intégrées à tout autre matériel de représentation ou de reproduction (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations...) connus ou inconnus à ce jour. Les photographies pourront être exploitées par la Fédération ainsi que ses structures (comités régionaux, comités départementaux et clubs) dans le monde entier et pour une durée illimitée. Il est entendu que la Fédération s'interdit expressément, une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée et à la réputation de la personne photographiée, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, raciste, antisémite, violent ou illicite.

Toutefois, à tout moment, le signataire pourra suspendre cette autorisation par courrier recommandé auprès de la fédération. Toutes autres utilisations que celles précitées, devront être renégociées entre le photographe et le signataire.

Fait, àle

La personne photographiée
ou de son représentant légal

