



Stages ARCHERY COACHING 2025

Date(s) retenue(s) :

- Du lun 28/04 (18 h) au dim 4 mai (14 h) (6 jours)
 Du mar 22/07 (18 h) au lun 28/07 (14 h) (6 jours)
 Du sam 11/10 (18 h) au ven 17/10 (14 h) (6 jours)

Formule retenue :

- Avec hébergement en pension complète (780 €)
 Sans hébergement (repas du midi inclus) (580 €)

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 :</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 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 **(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 lundi 28 avril **(18 h)** au dimanche 4 mai 2025 **(14 h) Tir extérieur**
- Du mardi 22 juillet **(18 h)** au lundi 28 juillet 2025 **(14 h) Tir extérieur**
- Du samedi 11 octobre **(18 h)** au vendredi 17 octobre 2025 **(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

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