

Circuits de Tournois

Du 5 au 19 Juillet 2019

Organisateur : FCL Tennis - Contact : Cédric Roche - 06 82 58 83 65 - croche@fcltennis.com

- **Effectifs prévisionnels (10 joueurs max)**

- Académiciens
- Ecole de Compétition
- Joueurs extérieurs au club

- **Encadrement**

- Antoine PASTRANA - Enseignant Professionnel FCL Tennis - 06 45 94 41 46
- Cédric ROCHE - Enseignant Professionnel FCL Tennis - 06 82 58 83 65
- Julien CUAZ - Enseignant Professionnel FCL Tennis - 06 12 51 62 24
- Lucas HOUGNON – Nutritionniste et intendant FCL Tennis

Note : L'effectif d'encadrement sera adapté à l'effectif définitif des participants

- **Objectifs du Circuit**

- Concentrer des tournois par favoriser les progrès et les performances
- Profiter d'un coaching permanent pour optimiser ses performances sportives
- Souligner des aspects comme la récupération, le sommeil et l'alimentation en partageant 100% de son temps avec les entraîneurs
- Passer de bons moments en groupe et se construire des souvenirs tennistiques forts

- **1 Circuit de 6 à 7 Tournois programmés pour les jeunes ou les adultes**

1/ TC TOULONNAIS / LA VALETTE DU VAR
26/06/19 - 10/07/19 Surface : Dur/Terre

5/CSMT LA COUDOULIERE / SIX FOURS LES PLAGES
05/07/19 - 21/07/19 Surface : Dur

2/ TC DU LITTORAL TOULON / TOULON
27/06/19 - 13/07/19 Surface : Dur/Terre

6/TC SOLLIES PONT / SOLLIES PONT
09/07/19 - 24/07/19 Surface : Dur

3/ TC SAINT CYRIEN / SAINT CYR SUR MER
28/06/19 - 14/07/19 Surface : Dur

7/ CSM SEYNOIS - sectio / LA SEYNE SUR MER
12/07/19 - 28/07/19 Surface : Dur

4/TC DE BANDOL / BANDOL
01/07/19 - 17/07/19 Surface : Dur

- **Modalités d'inscription :**

- **Dossier ci-joint à retourner avec :**
 - Fiche d'inscription + Fiche de liaison
 - Autorisation de transport
 - Acompte de 450€ (encaissement immédiat)
 - Chèque correspondant au solde (encaissement en juin)
- **Coût**
 - FCL Tennis : 1 250 € - Extérieur : 1 350 €
 - Droits d'engagement : à la charge des joueurs
- **Date limite d'inscriptions :**
 - 8 mai 2019

- **Réunion d'information : Samedi 18 mai 9h30 au FCL Tennis**

Fiche d'inscription

COORDONNEES

- NOM : • PRENOM :
- SEXE : M - F • NE(E) LE :/...../.....
- PORTABLE (S) PARENTS :
- PORTABLE DU JOUEUR :
- E-MAIL :
- ADRESSE :
- CODE POSTAL : • VILLE :

CIRCUIT CHOISI

 JEUNE SENIOR

T-SHIRT

COUPE : FEMME HOMMETAILLE : 12/14A XS(femme) S M L XL XXL

Je n'autorise pas le FCL Tennis à diffuser la photo de mon enfant sur le site internet du club ainsi que sur les journaux internes au club.

Je n'autorise pas le FCL Tennis à céder, vendre ou louer ces informations : « Ces informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat ».



Circuits de Tournois Du 5 au 19 Juillet 2019

Autorisation Parentale de transport

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mlle (1), _____

responsable légal, autorise l'encadrement du FCL Tennis, personnes désignées ci-dessus, à

transporter dans le véhicule du FCL Tennis ou personnel :

mon fils, ma fille (1) _____

Né(e) le _____ ,

afin de participer aux déplacements prévus pour les entraînements, compétitions et autres trajets
sous la responsabilité du staff du FCL Tennis.

*J'autorise le responsable du transport à prendre le cas échéant, toutes les mesures, (traitements
médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de
l'enfant.*

Fait à : _____ Le : _____

(1) Rayer la mention inutile

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Fiche Sanitaire de Liaison

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI
POURRONT ETRE UTILISES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE
SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT		NOM :	PRENOM :
SEXE	GARÇON	FILLE	DATE DE NAISSANCE : _ / _ / _
II. VACCINATIONS <i>(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)</i>			
Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		_ / _ / _
Du DT coq		_ / _ / _
Du Tétracoq		_ / _ / _
D'une prise polio	RAPPELS	_ / _ / _
		_ / _ / _
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
	DATES	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	_ / _ / _	VACCIN	_ / _ / _
REVACCINATION	_ / _ / _	1 ^{er} RAPPEL	_ / _ / _

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	_ / _ / _
.....	_ / _ / _

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	_ / _ / _
.....	_ / _ / _
.....	_ / _ / _

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :	Cachet de l'Organisme (siège social)
.....
ARRIVEE LE	DEPART LE
.....

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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