

# REGISTRATION FORM FOR THE BOSQUIER FOOTBALL ACADEMY IN CAVAILLON

To be returned at : **OSO – 50 RUE ALFRED DE MUSSET – 13007 Marseille – info@bosquier.com**

NOM (NAME): .....	PRENOM (FIRST NAME): .....	SEXE.....	POSTE OCCUPE : .....
TAILLE (SIZE) : .....		ADRESSE : .....	
CODE POSTAL (ZIP) : .....	VILLE (CITY): .....	TEL: (D).....	(P).....
DATE DE NAISSANCE (BIRTH'S DATE) : .....		PERSONNE A PREVENIR (TO NOTIFY): .....	
TEL : .....	Comments : .....		
E-MAIL address (bien lisible / clearly legible) : .....			
JE SOUHAITE PARTICIPER AU(X) STAGE(S) : du ..... au ..... / du ..... au..... (I wish to participate in the course). (from) (to)			

EN PENSION COMPLETE  OU ½ PENSION  Si 2 STAGES CONSECUTIFS avec week-end au centre merci de cocher   
(Full board) (Half board) (If 2 CONSECUTIVE COURSES with a weekend at the academy, please check)

<u>AUTORISATION</u>	<u>CONDITION GENERALE DE VENTE</u>	<u>REGLEMENT INTERIEUR</u>
J'autorise mon fils (ma fille) à participer aux activités organisées dans le cadre des stages. En cas d'urgence, le directeur ou son représentant peut prendre toutes les mesures d'urgence concernant mon enfant en cas d'accident, d'affection aiguës ou tout autre cas grave nécessitant une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale. J'autorise la direction à utiliser éventuellement, pour des raisons professionnelles des photos ou des films pris avec mon enfant pendant le séjour. Déclare avoir pris connaissance du prix du séjour et m'engage à verser cette somme.	<b>Acompte de 100 € avec l'inscription</b> (joindre 1 chèque à l'ordre de OSO – 50 rue Alfred de Musset -13007 Marseille). <b>Le solde</b> le jour de l'arrivée aux stages. Une convocation sera renvoyée dès réception de ce bulletin En cas de désistement une somme de 50 € sera retenue pour frais de dossier. Si le désistement a lieu 30 jours avant la période retenue pour le stage, une somme de 50 € sera remboursée. Passé ce délai de moins de 30 jours ces 50 € ne pourront être remboursés sauf accident ou maladie grave (joindre certificat médical). Tout stage commencé est dû.	Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur des stages Bosquier (document fourni séparément). Le non-respect du règlement intérieur pourra justifier un renvoi immédiat du stagiaire chez lui. Les frais engendrés par ce renvoi seront à la charge des parents et/ou responsable de l'enfant. Aucun remboursement ne sera effectué.  <b>Le jour de l'arrivée au centre merci de ramener :</b> le contrat de stagiaire, la fiche sanitaire + photocopie de la carte vitale du parent sur laquelle il est enregistré, une attestation d'aptitude au sport remplie par les parents, le règlement intérieur signé et le solde.

Mention manuscrite (Lu et approuvé) ..... (Date), le ..... Signature.....

CONSENT TO TREAT MINOR CHILDREN

Please print all information

I, \_\_\_\_\_, parent or legal guardian of \_\_\_\_\_, born \_\_\_\_\_, do hereby consent to any medical care and the administration of anesthesia determined by a physician to be necessary for the welfare of my child while said child is under the care of \_\_\_\_\_ and I am not reasonably available by telephone to give consent.

This authorization is effective from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Witness Name (please print)

***This consent form should be taken with the child to the hospital or physician's office when the child is taken for treatment.***

This additional information will assist in treatment if it can be furnished with the consent but is not required.

Family address \_\_\_\_\_

Telephone: Father \_\_\_\_\_ home \_\_\_\_\_ work \_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_ home \_\_\_\_\_ work \_\_\_\_\_

Child's Birthdate \_\_\_\_\_ Last Tetanus \_\_\_\_\_

Allergies to drugs or foods \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Special Medications, Blood Type or Pertinent Information

\_\_\_\_\_  
Child's Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Insurance \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

## Certificate of Fitness for Sports

I, the undersigned, Mr. or Mrs.....  
....., certify that my child  
..... is fit to play sports.

Address:

.....  
.....

---

Signature of the parent of the caregiver

Date: