Fédération Sportive et Culturelle de France
COMITÉ RÉGIONAL BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Formations en FSCF Bourgogne-Franche-Comté

Accords et autorisations*

FSCF Comité régional B-FC
20 Rue Mégevand
25041 Besançon 03
81 25 28 12
stages@fscf-bfc.fr

Je soussigné Parent 1 / Tuteur·ice 1 Parent 2 / Tuteur·ice 2

Accepte·ent les conditions générales d'inscription en formation et autorise·ent :**

Mon fils, ma fille :

Né·e le : **N° adhérent (licence) :**

Association :

L'inscription à tout stage organisé par le Comité Régional FSCF, un Comité Départemental FSCF sur le territoire de la région Bourgogne – Franche-Comté.

Cocher les cases correspondantes :

J'autorise :

- ☐ À se déplacer dans le véhicule d'un membre de la FSCF ou en transport en commun (avec des membres du stage) pour se rendre sur un lieu du stage (repas, gymnase…).
- ☐ La diffusion d'images de mon enfant dans le cadre de cette formation à des fins de communication interne et externe de la FSCF (site internet institutionnel, plaquettes, flyers, journal) ;
- ☐ La diffusion des coordonnées de mon enfant à d'autres stagiaires dans l'optique d'une organisation de covoiturage.

En cas de stage avec hébergement, j'autorise :

- ☐ A voyager seul pour repartir en fin de stage.
- ☐ A voyager seul en cas de renvoi décidé par le ou la responsable du stage et prendre en charge les frais occasionnés par ce voyage***
- ☐ A sortir non accompagné·e en dehors des heures de stage en accord : avec le ou la responsable de stage ; avec les horaires fixés par l'équipe d'animation ; dans le respect du réglement intérieur de l'établissement d'accueil

En cas de problème de santé, j'autorise :

- ☐ Le·la responsable de stage à faire procéder à toute intervention médicale ou hospitalisation nécessaire ;
- ☐ Le·la médecin à faire hospitaliser et pratiquer toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par l'état de mon enfant ;
- ☐ Le·la médecin à prescrire et faire suivre tout traitement médical ;
- ☐ Le·la responsable du stage à sortir l'enfant de l'hôpital après intervention.

D'autre part, je m'engage à rembourser à l'organisateur tous les frais médicaux et annexes qui auraient été avancés pour mon enfant.

En cas de problème merci de nous contacter :

Coordonnées	Parent 1 Tuteur·ice	Parent 2 Tuteur·ice
Téléphone 1		
Téléphone 2		
Adresse		
Courriel		
Numéro de sécurité sociale		

Fait à :

Le :

Signature :

Cette autorisation est valable du 01/09/2026 au 31/08/2027

* Depuis l'accueil au stage (à partir de l'heure indiquée dans la circulaire) au moment du départ du stage.

** Les conditions d'inscriptions sont accessibles sur notre site

*** En cas de refus, les parents s'engagent à venir chercher le-la stagiaire.