

FICHE D'INSCRIPTION

2ème Stage Epée « Donne du sens à ton jeu ! »
Du perfectionnement au Haut-Niveau à l'épée, stage encadré par
les Maîtres Di Martino et Delhomme, Champions du Monde
Talence, du 16 au 22 juillet 2012

Photo du stagiaire	<u>Pièces à joindre :</u>
	Photocopie Licence → Oui - Non Certif. Médical non contre-indication pratique sportive → Oui - Non Photocopies carte Vitale et attestation sécu → Oui - Non Photocopie Carte Mutuelle → Oui - Non

Nous vous informons que l'inscription au stage ne sera définitive qu'après réception du dossier complet dûment rempli et signé. Nous accuserons réception de votre dossier préférentiellement par mail (si indiqué).

Adresse à laquelle retourner votre dossier d'inscription : (les 4 pages d'autorisation + fiche sanitaire de liaison ci-après + pièces à joindre + règlement en chèque ou espèces)

LEM-CBL
A l'attention de Maître Rémy Delhomme
Stage Epée « Donne du sens à ton jeu ! »
38 rue de la Viabert
69006 LYON

Date limite de réception : 22 juin 2012 – le stage étant limité à 30 personnes, seuls les 30 premiers meilleurs dossiers seront retenus !

NOM :.....

Prénom :.....

Nom des parents si différent :.....

Date de naissance :...../...../19.....

Adresse :.....
.....

Code Postal :.....

Ville :.....

Téléphone maison :/...../...../...../..... Tél. Port. :/...../...../...../.....

Tél. Bureau :/...../...../...../.....

Mail :..... ou
.....

Qui contacter en cas d'absence :

Nom : Prénom :

Tél :/...../...../...../...../ ou/...../...../...../.....

Mail :

Adresse :
.....

Club :

Ville :

N° de licence (joindre photocopie) :

.....

Niveau actuel (meilleures performances, classement national) :

.....
.....

Maître(s)

d'Armes :
.....

Lieu du stage : Talence (Gironde)

Dates : Du lundi 16 juillet à 14h au dimanche 22 juillet à 14h

Modalité : Stage uniquement réservé aux licenciés(es) FFE, FIE âgé(e)s de 13 à 25 ans souhaitant se perfectionner à l'épée.

Tarif : 460€

Règlement : Tout règlement par chèque sera effectué à l'ordre de LEM-CBL.

Possibilité de régler jusqu'à 3 fois sans frais (2x150 € + 160 €):

- 1^{er} chèque : encaissé dès réception
- 2^{ème} chèque, débité le .. /.. /12 (indiquez la date d'encaissement)
- 3^{ème} chèque, débité le .. /.. /12

Envoyer l'ensemble des chèques avec la fiche d'inscription

Possibilité d'une prise en charge par les C.E.

Annulation : l'annulation du stage ne peut être validée que pour des raisons médicales et sur présentation d'un certificat médical.

En cas d'annulation + de 30 jours avant le début du stage, la somme de 80€ resterait acquise à l'association LEM-CBL.

En cas d'annulation – de 30 jours avant le début du stage, la totalité des sommes versées sera encaissée par l'association LEM-CBL.

Autorisation parentale n°1 :

Je soussigné, Monsieur, Madame,.....,
autorise mon fils/ma fille..... à participer
au stage d'épée « Donne du sens à ton jeu ! », du 16 au 22 juillet 2012 ainsi qu'à toutes les
activités qui y seront proposées.

Signature précédée de « lu et approuvé » :

Autorisation parentale n°2 :

Je soussigné, Monsieur, Madame,.....,
autorise mon fils/ma fille..... à sortir de
l'enceinte du CREPS de Talence sans être accompagné(e) d'un adulte, seulement après
avoir prévenu l'encadrement et si les activités de la journée sont terminées, **sous réserve
d'un retour au CREPS impératif avant 19h. Aucune sortie de stagiaires mineurs ne
sera possible après 19H sans accompagnement d'un adulte.**

Signature précédée de « lu et approuvé » :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur
certifie que Mlle, M..... ne présente aucune contre
indication à la pratique de l'escrime et du renforcement musculaire, ainsi qu'à la pratique de
toute autre activité telle que natation, sports de combat, footing, sports collectifs ,
badminton...

Date, Signature et cachet du médecin :

Activité(s) physique(s) et sportive(s) contre indiquée(s) :
.....

Date, Signature et cachet du médecin :

FICHE MEDICALE

Votre enfant est-il sujet à des allergies. Si oui, lesquelles : (médicaments, acariens...).....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ? Suit-il un traitement, si oui, lequel : (+ JOINDRE ORDONNANCE) :

Joindre photocopies de : CARTE VITALE, ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE, ET CARTE DE MUTUELLE.

Je soussigné(e)....., père, mère, représentant légal, de(nom, prénom de votre enfant),

autorise les responsables du stage à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité.

Date, Signature précédée de « bon pour autorisation »

TRANSPORT :

Chaque stagiaire est amené à être véhiculé durant le stage Epée « Donne du sens à ton jeu ! » de Talence. Les installations sportives, les lieux d'hébergement et de restauration sont sur le site du CREPS de Talence, cependant, le véhicule personnel de l'un des organisateurs peut être utilisé occasionnellement (acheminement des stagiaires de la gare ou de l'aéroport au CREPS, pour aller rencontrer un médecin en cas d'incident, pour une sortie en ville ou à la plage...).

Je soussigné Mme, M....., père, mère, tuteur, de (nom et prénom de l'enfant)autorise mon enfant à être véhiculé par des moyens de transport publics ou privés (bus, voitures personnelles) lors du stage Epée « Donne du sens à ton jeu ! », du 16 au 22 Juillet 2012.

Signature, précédée de « bon pour autorisation » :

ARRIVEE / DEPART DU LIEU DU STAGE :

Précisez comment et quand votre enfant se rend sur les lieux du stage le 16/07/12 :

En voiture : arrivée prévue à :.....H.....

En train : arrivée prévue à :.....H..... en gare de Bordeaux St Jean

En avion : arrivée prévue à :.....H.....

Précisez comment et quand votre enfant quitte le stage le 22/07/12 :

En voiture : départ prévu à :.....H.....

En train : départ prévu à :.....H..... en gare de Bordeaux St Jean

En avion : départ prévu à :.....H.....

DOCUMENTS PHOTOGRAPHIQUES ET VISUELS

Les stagiaires pourront être pris en photo ou filmés lors des différentes activités physiques et sportives de la semaine, par les organisateurs du stage (CD souvenir, analyse vidéo de l'activité...) ou par une tierce personne (presse locale, TV...).

Je soussigné Mme, M....., père, mère, tuteur, de (nom et prénom de l'enfant) autorise les organisateurs du stage à diffuser les documents photographiques et/ou vidéo où pourrait figurer mon enfant (Presse locale, site internet de l'association, CD souvenir,...).

Signature précédée de « bon pour autorisation » :

AUTO- APPRECIATION DU STAGIAIRE :

Peux-tu en quelques mots indiquer, selon toi, quels sont tes points forts et faibles :

Points forts :

Points faibles :

ANNEXE

Feuille à conserver par le stagiaire

Adresse du lieu du Stage Epée « Donne du sens à ton jeu ! » :

CREPS Aquitaine

653 cours de la Libération

33405 Talence Cedex

<http://www.creps-aquitaine.fr/>

Le matériel à emporter :

Des sous-vêtements et des vêtements de rechange. Un nécessaire de toilette et serviette, un chapeau (type bob ou casquette, contre le soleil), de la crème solaire.

Le matériel (indispensable) à emporter pour la pratique de l'escrime:

Un équipement électrique complet. 2 armes minimum avec lame N° 5 + tout le matériel d'escrime (veste, pantalon, cuirasse de protection, masque, gant, au moins **2 fils de corps**, une paire de chaussures de sport réservées pour l'escrime, des chaussettes d'escrime.

Le matériel (indispensable) à emporter pour la pratique des autres activités sportives :

- 1 tenue de sport (survêtement, un short)
- de nombreux tee-shirts
- 1 paire de chaussures de sport (type jogging)
- 1 maillot/short de bain
- 1 vêtement imperméable (type KWAY)
- 2 serviettes de bain

Nous vous conseillons de marquer à votre nom, votre matériel ainsi que vos effets.

Pour plus de renseignement (possibilité de préinscription) :

Vous pouvez contacter :

- Jean-François Di Martino (06 08 93 00 85, email : jfdimartino@free.fr)
- Rémy Delhomme (06 70 06 29 75, email : remy.delhomme@gmail.com)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : ☐ GARÇON ☐ FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (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)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	__/__/__	VACCIN	__/__/__		__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1er RAPPEL	__/__/__		__/__/__

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	__/__/__
	__/__/__
	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? ☐ NON ☐ OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI

SIL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ NON ☐ OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DESS | N° DE TÉL. | 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.

Signature :

DATE :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE

DÉPART LE

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

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

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