STAGE ÉTÉ 2019 ST CHAMOND HANDBALL PAYS DU GIER

DOSSIER D'INSCRIPTION

2 Semaines au choix (cocher la case correspondante) :

Semaine INTENSIF : ☐ du 8 au 13 juillet 2019

Semaine PERFECTIONNEMENT : ☐ du 15 au 20 juillet 2019

Nom : ..... Prénom :.....

Né(e) le : ..... Âge : .....

Club :

Coordonnées :

Du père :

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel portable : .....

Tel Pro : .....

E-mail : .....

De la mère :

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel portable : .....

Tel Pro : .....

E-mail : .....

Responsabilité légale de l'enfant :

☐ La mère ☐ Le père ☐ Les 2 ☐ Autres (Précisez.....)

St Chamond Handball Pays du Gier – Château du Jarez – 11 rue Benoit Oriol – 42400 St Chamond – stageschpg@gmail.com

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ❑ non ❑

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

OBSERVATIONS

Fiche de liaison Stagiaire / Entraîneur*:

Photo

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone fixe : Portable :

Email :

Club :

Date de naissance :

Taille : Poids :

Latéralité : ☐ Droitier ☐ Gaucher Poste :

Catégorie : Nombre d'années de pratique :

Niveau de jeu de son équipe: Nombre d'entrainement hebdomadaire :

Si sélections Comité, Ligue,… (Merci de vouloir l'indiquer) :

Mensurations :

Empan : …… (Largeur d'une main ouverte du pouce jusqu'au bout du petit doigt)

Taille : .....

Poids : .....

Taille de tee shirt (entourer la taille souhaitée) : XXS XS S M L XL XXL

**merci de remplir cette fiche de renseignement qui sera transmise aux entraîneurs avant le stage*

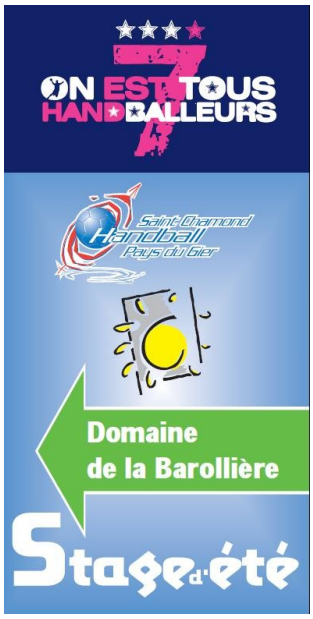
ACHEMINEMENT DES STAGIAIRES :

Le stagiaire se rendra au domaine de la Barollière par ses propres moyens le rendez-vous est fixé à 14 heures:

☐ En voiture

⇨ Directement sur le lieu du stage (Domaine de la Barollière)
En venant de Lyon ou de St Etienne, prendre la sortie 13 Grand-Croix A47, suivre Grand-Croix puis St Paul en Jarez (fléchage stage été dès la sortie 13).

⇨ Coordonnées GPS du stage (Domaine de la Barolière) : 45° 28' 00" Nord / 4° 33' 20" EST



☐ En train

⇨ En gare de St Chamond (arrivée souhaitée entre 12h et 14h). Vous préciserez le numéro de train et l'heure d'arrivée. Votre enfant sera attendu sur le quai par un moniteur ou accompagnateur.

Heure d'ARRIVEE : ..... Train n° : .....

Heure de RETOUR : ..... Train n° : .....

Adresse de l'hébergement :

Domaine de la Barolière

La Barollière

42740 St Paul en Jarez

http://sylogic.pagesperso-orange.fr/barolliere/

Possibilité de se restaurer sur place au restaurant du domaine

Votre enfant devra apporter :

- Pour le couchage : **Obligation d'avoir un drap housse + sac de couchage, oreiller non fourni**
- Une paire de chaussure de sport propre ainsi que des vêtements de sport pour la pratique en salle (1 à 2 séances de handball par jour)
- Une paire de chaussure de sport en bon état pour la pratique des autres activités
- Un K-way
- Un maillot de bain et une serviette de bain
- Un sac à dos (Obligatoire pour la journée aventure)

Pour les enfants qui suivent un traitement médical fournir l'ordonnance médicale.

REGLEMENT INTERIEUR

DU CENTRE DE VACANCES

SAISON 2019

Accès aux activités et installations sportives : Des chaussures de salle propres sont obligatoires pour pénétrer sur le terrain du gymnase. Pour les activités extérieures (VTT, Trottin' herbe, Accrobranche), apporter des chaussures et vêtements de sport en bon état.

Cigarettes : Il est strictement interdit de fumer durant le séjour sous peine d'exclusion.

Bijoux et Objets de valeur : Il est déconseillé d'apporter tout objet ou bijou de valeur. L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Frais médicaux ou pharmaceutiques : Pour les frais occasionnés au cours du séjour, l'association fait les avances qu'à titre provisoire. Les parents seront avisés des dépenses engagées pour effectuer le remboursement.

Portables : Les téléphones portables ne pourront être utilisés que sur les temps de repos et de repas ou en dehors des activités. L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Argent de poche : Maximum 20 euros conseillé. L'association décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Traitement médical : En cas de traitement médical ponctuel, les parents devront en informer le directeur du centre de vacances. Les médicaments seront remis à l'enfant chaque jour, en présence d'un animateur, dans leur emballage d'origine, avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Le nom et le prénom de l'enfant devront figurer sur chaque boîte de médicaments.

Médicaments et objets dangereux : Il est formellement interdit d'introduire dans le centre tout objet dangereux pour la vie en collectivité. Il est également interdit d'apporter et d'utiliser tout médicament sans avis médical et sans en informer le directeur du centre.

Le directeur du centre

Signature des parents :

(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'enfant :

(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

PLANING DE LA SEMAINE :

Semaine type :

	LUNDI	MARDI		MERCREDI	JEUDI		VENDREDI		SAMEDI	
8h 9h		Déjeuner								
9h 10h		SEANCE 2 HANDBALL G1	Athlétisme G2	Journée Aventure	SEANCE 5 HANDBALL G2	SEANCE 5 HANDBALL G1	SEANCE 6 HANDBALL G1	SEANCE 6 HANDBALL G2	SEANCE 8 HANDBALL G1	SEANCE 8 HANDBALL G2
10h 11h										
11h 12h		Athlétisme G1	SEANCE 2 HANDBALL G2							
12h 14h		Repas			Repas					
14h 15h	Accueil Stage	SEANCE 1 SANDBALL G1	SEANCE 3 HANDBALL G2		SEANCE 2 SANDBALL G1	TROTTINETTE	SEANCE 7 HANDBALL G1	SEANCE 7 HANDBALL G2		
15h 16h	SEANCE 1 HANDBALL Critérium Groupe de niveau									
16h 17h		SEANCE 3 HANDBALL G1	SEANCE 1 SANDBALL G2	Temps libre PISCINE	TROTTINETTE	SEANCE 2 SANDBALL G2	ACCROBRANCHE			
17h 18h										
18h 19h	PISCINE									
19h 20h	REPAS						BARBECUE		REPAS	
20h 21h	Tournoi d'évaluation	Préparation Journée aventure		SEANCE 4 SOIREE TOURNOI	SOIREE CASINO		SEANCE 3 SANDBALL TOURNOI NOCTURNE		Soirée	
21h 22h										

Équipe d'encadrement :

L'équipe d'encadrement est composée de 4 brevets d'État 1er degré et 1 DEJEPS Handball

5 entraîneurs niveau « entraîneur Inter Régional Adulte et Jeune »

Des animateurs diplômés BAFA et BAFA Hand.

Les activités de pleines natures sont encadrées par des moniteurs spécialistes et diplômés dans chaque domaine d'activités pratiquées par les stagiaires.

BULLETIN D'INSCRIPTION ACTIVITES

Autorisation Parentale

Je soussigné: Monsieur ☐ Madame ☐ Nom :_____

Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐

Responsable de l'enfant Nom:_____ Prénom:_____ Date de naissance : __ _/___/____

- Atteste que mon enfant est apte à s'immerger puis à nager 25 mètres et que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités choisies.

Lu et approuvé
Signature :

Autorisation Parentale

Je soussigné: Monsieur ☐ Madame ☐ Nom :_____

Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐

Responsable de l'enfant Nom:_____ Prénom:_____ Date de naissance : __ _/___/____

- Atteste que mon enfant est apte à s'immerger puis à nager 25 mètres et que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités choisies.

Lu et approuvé
Signature :

Autorisation Parentale

Je soussigné: Monsieur ☐ Madame ☐ Nom :_____

Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐

Responsable de l'enfant Nom:_____ Prénom:_____ Date de naissance : __ _/___/____

- Atteste que mon enfant est apte à s'immerger puis à nager 25 mètres et que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités choisies.

Lu et approuvé
Signature :

BULLETIN D'INSCRIPTION ACTIVITES

Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)

Démarche à effectuer :

- Votre enfant doit se rendre en piscine ou plan d'eau pour effectuer ce test.
- Peuvent faire passer ce test, seules les personnes titulaires d'un diplôme professionnel : BNSSA, un enseignant d'EPS, BE canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyon, surf de mer et natation.
- Remettez-lui ce document.
- Une fois le test effectué, la personne diplômée complètera l'attestation ci-dessous.

TEST D'AISANCE AQUATIQUE

Test obligatoire à la pratique des activités nautiques suivantes pour les publics des **Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)**

Réf : Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles (JO du 10 mai 2012)

Le mineur …… né(e) le ……..…à …….. a réalisé le test suivant :

□ effectuer un saut dans l'eau ;
□ réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
□ réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
□ nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
□ franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

A l'issue du test il a été déclaré : □ APTE □ INAPTE

Attestation établie par ……titulaire du diplôme de ……..

Seuls sont habilités à délivrer la présente attestation les titulaires d'un diplôme titre ou qualification professionnelle dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation, par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique ou enseignant d'EPS.

Fait à Cachet de la structure
Le

Signature du responsable du test :

ACCEPTATION INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Règlement intérieur :

Celui-ci vous est transmis ci-dessus et sera exposé à chaque stagiaire à son arrivée.

Assurance des stagiaires :

Tout stagiaire doit avoir souscrit une assurance individuelle et responsabilité civile de particuliers.

Annulation du stage :

L'association Saint Chamond Handball Pays du Gier se réserve le droit d'annuler le stage sous préavis de 5 jours francs, avec remboursement des sommes avancées.

En cas de désistement :

Avec assurance annulation : remboursement de la totalité du stage.
Sans assurance : 50% si 1 mois avant le début du stage.

Le : ____ / _____ / _____ à : _____

Email : _____@_____

Signature (précédé de la mention
« lu et approuvé »)