



STAGE ÉTÉ 2020 ST CHAMOND HANDBALL PAYS DU GIER

DOSSIER D'INSCRIPTION

2 Semaines au choix (cocher la case correspondante) :

Semaine PERFECTIONNEMENT 1 : du 6 au 11 juillet 2020

Semaine PERFECTIONNEMENT 2 : du 13 au 18 juillet 2020

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Âge :

Club :

Coordonnées :

Du père :

De la mère :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Tel portable :

Tel portable :

TelPro :

Tel Pro :

E-mail :

E-mail :

Responsabilité légale de l'enfant :

La mère Le père Les 2 Autres (Précisez



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 :

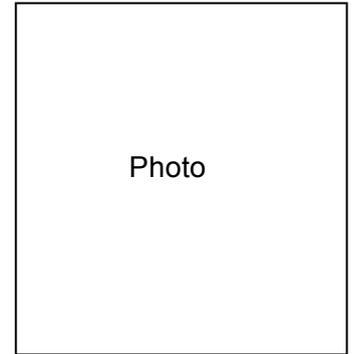
A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



Fiche de liaison Stagiaire / Entraîneur*:



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'entraînement 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 Barollière): 45°
200" Nord / 4° 33' 20" EST

En train

⇒ En gare de St Chamond (arrivée souhaitée entre 12h et 14h). ~~Vous~~ précisez 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 Barollière

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 2020

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		Déjeuner					
9h		SEANCE 2 HANDBALL G1	Athlétisme G2				
10h			Journée Aventure	SEANCE 5 HANDBALL G2	SEANCE 5 HANDBALL G1	SEANCE 6 HANDBALL G1	
11h		Athlétisme G1		SEANCE 2 HANDBALL G2		SEANCE 6 HANDBALL G2	SEANCE 8 HANDBALL G1
12h							SEANCE 8 HANDBALL G2
13h		Repas		Repas			
14h	Accueil Stage	SEANCE 1 SANDBALL G1		SEANCE 3 HANDBALL G2	SEANCE 2 SANDBALL G1	TROTTINETTE	SEANCE 7 HANDBALL G1
15h	SEANCE 1 HANDBALL Critérium					SEANCE 7 HANDBALL G2	
16h	Groupe de niveau	SEANCE 3 HANDBALL G1	SEANCE 1 SANDBALL G2	Temps libre PISCINE	TROTTINETTE	SEANCE 2 SANDBALL G2	
17h					ACCROBRANCHE		
18h	PISCINE						
19h	REPAS				BARBECUE	REPAS	
20h	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 1^{er} 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 :

Espace Eaux Vives - Avenue du Rhône - 42 520 St Pierre de Boeuf

Tel : 04 74 87 16 09 - www.espaceeauxvives.com

N° d'établissement : 04297ET0018 - N° SIRET 244 200 895 00104 - APE 9329Z

Gestion Communauté de Communes du Pilat Rhodanien - Activités proposées : Canoë-Kayak / Raft / Nage en Eau Vive



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 (hors justificatif médical) :

A compter de 30 jours avant la date du début du stage, celui-ci sera remboursé à hauteur de 50% du prix.

Pour tout désistement avant ces 30 jours, le stage sera remboursé entièrement.

Le : ____ / ____ / ____ à : _____

Email : _____@_____

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