



DOSSIER D'INSCRIPTION

Stage d'été CoBaLandes 2018 (06 août au 11 août 2018)



ENFANT :

NOM : Prénom :

Sexe : Date de naissance :/...../..... Catégorie d'âge :

Adresse :

.....

Club : Comité : Ligue :

Numéro de licence : Classement :/...../.....

Taille de tee-shirt :

PARENT OU RESPONSABLE LEGAL :

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

Adresse mail : Tél. domicile :

Tél. portable : Tél. travail :

N° de Sécurité Sociale : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant.

CONJOINT :

NOM : Prénom :

Profession : Employeur :

Adresse mail : Tél. domicile :

Tél. portable : Tél. travail :

Personne à contacter en cas d'urgence (si différent du parent ou responsable légal) :

NOM : Téléphone:

Médecin traitant : Téléphone :



Modalité de paiement : tarif de 420 € (pension complète) à régler au plus tard le 15 juillet 2018. Pour d'éventuelles demi-pensions (300 €), contacter le responsable.

Mode de règlement : Règlement par chèque (à l'ordre du CoBaLandes).

Conditions d'annulation :

- avant le 20 juillet 2018 : les frais d'inscription seront remboursés
- après le 20 juillet 2018 : les frais d'inscription ne seront pas remboursés (les demandes seront traitées au cas par cas).

Autorisation en cas d'urgence :

Les parents ou responsables légaux déclarent donner pouvoir aux responsables de l'encadrement pour prendre les décisions nécessaires à la préservation de la santé de leur enfant (soins, hospitalisation éventuelle, etc...) en cas d'accident :

- En fonction de l'urgence, le sportif accompagné d'un responsable se rendra au service médical le plus proche, hôpital ou clinique
- Un certificat médical nécessaire à la déclaration d'accident sera délivré
- La déclaration dûment remplie par le responsable sera à transmettre par les parents à l'organisme assureur dans les délais prévus

Comment avez-vous eu connaissance du stage :

Facebook () Badiste () Bouche à oreilles () Flyers/affiche () Autre (préciser) :
.....

Documents à retourner :

- dossier d'inscription complété
- fiche sanitaire de liaison
- attestation de sécurité sociale
- attestation d'aisance aquatique
- règlement par chèque

Documents à adresser à :

LECHANTRE Paul
2 rue de Bel-Air, résidence Bel Area
40 230 TOSSE
Avant le 10 juillet 2018

Je soussigné(e) responsable légale de l'enfant, déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à le

Signature obligatoire
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Matériel à apporter

En dehors des affaires de vie quotidienne, tous les joueurs devront se munir du matériel suivant :

- un sac de couchage (éventuellement un oreiller)

- des affaires de sport adaptées à la pratique du badminton :
 - chaussures de sport pour salle
 - tenue adaptée
 - raquette
 - bouteille d'eau/gourde

- des affaires de sport à utiliser en extérieur :
 - chaussures de sport pour l'extérieur
 - short/jogging/tee-shirt...

- matériel de bain :
 - maillot de bain
 - serviette
 - crème solaire

- sourire et bonne humeur 😊



DOSSIER D'INSCRIPTION

Stage d'été CoBaLandes 2018 (06 août au 11 août 2018)



Droit à l'image

Je soussigné(e)
responsable légal(e) de l'enfant
demeurant

déclare par la présente donner mon accord au Comité Départemental de Badminton des Landes et à ses représentants pour photographier et/ou filmer mon enfant à visage découvert, à des fins pédagogiques, éducatives et informatives.

J'autorise le Comité Départemental de Badminton des Landes à publier ou diffuser les supports ainsi tournés lors du stage, à condition qu'ils ne portent pas atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation de l'enfant.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent l'enfant m'est garanti. Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose du droit de retrait de toute photo si je le juge utile.

Fait à le

Signature (précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »)





Certificat d'Aisance Aquatique
préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
en Centre de Vacances ou en Accueil Collectif de Mineurs
 (Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratiques de certaines activités physiques en ACM)

En Centre ou Séjour de Vacances ou en Accueils Collectifs de Mineurs (ACM), la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique, nage en eau vive, surf, voile, le radeau et les activités associées, est subordonnée à la production d'une attestation délivrée par une personne titulaire du titre de Brevet National de Sécurité Aquatique (BNSSA), du Diplôme d'Etat de Maître Nageur Sauveteur (DE de MNS), du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation (BEESAN), du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de Sport des Activités Aquatiques et de la Natation (BPJEPS AAN), ou tout autre BEES ou BPJEPS des spécialités nautiques considérées.



Ce document doit attester de la capacité du pratiquant à effectuer un saut dans l'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes, nager sur le ventre sur 20 mètres, franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.
 Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité en piscine ou sur le lieu de l'activité.

Formulaire-type permettant d'attester de la réalisation des épreuves précitées :

ATTESTATION

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Titulaire du diplôme :

Diplôme n° Obtenu le :

Atteste que le mineur (Nom, Prénom)

Né(e) le : et demeurant à :

a réussi le test :

- * effectuer un saut dans l'eau
- * réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- * réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- * nager sur le ventre sur 20 mètres
- * franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

- * effectuer un parcours avec ou sans brassière de sécurité (rayer la mention inutile)
- * parcours effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité (rayer la mention inutile)

Fait le : à :

Cachet et signature.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués 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 ?

RUBEOLE 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 AIGU 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 MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) _____

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS