



Ligue Régionale d'Escrime Grand Est

Site Champagne-Ardenne

19 av, du Général SARRAIL - Complexe G.PHILIPPE

51000 CHALONS EN CHAMPAGNE

STAGE ANIMATEURS FEDERAUX

SAISON 2025-2026

Salle d'armes du CEC du 27 au 29 Octobre 2025

Début du stage	Lundi 27 octobre à 10h Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Fin du stage	Mercredi 29 octobre à 17h Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Hébergement	LYCEE OZANAM – MONT HERY 1 rue de la Fraternité – 51000 CHALONS en CHAMPAGNE L'hébergement se fait en chambre individuelle, mais <u>nous ne fournissons ni le linge, ni les oreillers et couettes</u>
Objectif et publics	Stage de formation de cadres de la Toussaint permettant un travail dans le cadre de la formation à l'enseignement de l'escrime. Ce stage est ouvert à toutes les personnes licenciées désirant rentrer dans un cursus de formation à l'enseignement de l'escrime ou le passage de diplômes fédéraux.

Matériel	Matériel d'escrime complet Matériel de leçon Equipement pour la préparation physique généralisée Livret de formation De quoi prendre des notes + clé USB  
Participation	La participation pour le stage est de 120 € . <i>Merci de régler votre inscription via la plateforme HELLO ASSO</i>
Modalités d'inscription	PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : adressez à cidchampard@crege.fr votre dossier complet (règlement, fiche sanitaire si mineur , et formulaire d'inscription) Pour le 17 OCTOBRE 2025 (délai de réponse)
Encadrement (sous réserve d'un nbre suffisant d'inscrits)	Cadres : à confirmer



FICHE D'INSCRIPTION STAGES TOUSSAINT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIREUR

Nom : Prénoms :
Date de Naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone (portable) : @mail : @
Club : Département :
Arme / catégorie : / Numéro de licence :
Type de stage : (*) rayer la mention inutile

☐ PERFECTIONNEMENT JEUNES - ATHLETES(*)

☐ FORMATION (*)

- **ENTREE EN FORMATION** : ☐ **Animateur Fédéral**
➤ **FORMATION CONTINUE (examen)** : ☐ oui ☐ non

MODALITES D'INSCRIPTIONS : Clotûre avant le 17 Octobre 2025

Règlement via la plateforme HELLO ASSO. Ce montant ne représente qu'une partie du coût réel du stage. La différence est prise en charge par le LiREGE, tout comme les frais d'encadrement.

- **100 € STAGE PERFECTIONNEMENT JEUNES - ATHLETES**
➤ **120 € STAGE FORMATION ANIMATEUR**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :
En qualité de : *père/mère/tuteur*, autorise l'enfant (Nom, prénom) à participer au stage de du au à organisé par La Ligue d'Escrime du GRAND EST
Adresse du responsable légal :
Code Postal : Ville :
Téléphones (fixe et portable) : @mail : @
J'atteste avoir pris connaissance des différents documents joints : Autorisation d'hospitalisation et fiche sanitaire.

Date :

Signature :

Joindre obligatoirement l'autorisation d'hospitalisation et la fiche sanitaire CERFA N° 10008*02



AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Monsieur, Madame.....

Tuteur légal de

* Autorise les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

* N'autorise pas les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

* J'autorise également les éventuelles interventions chirurgicales.

* Je n'autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales

Groupe sanguin obligatoire :

Traitement médical :

Allergies :
.....

Régime alimentaire spécifique :

Repas sans porc : ☐ OUI ☐ NON

Repas végétarien : ☐ OUI ☐ NON

Allergies(s) alimentaires : ☐ OUI ☐ NON

Si oui,

précisez.....
.....

POUR VOUS CONTACTER LORS DU STAGE

Adresse :

Téléphones :

Date :

Signature :

POUR NOUS CONTACTER LORS DES STAGES

Maître POTDEVIN : 06.71.28.35.86

Joindre obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N°10008*02

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

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	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
