



Ligue Régionale d'Esgrime Grand Est

Site Champagne-Ardenne

19 av, du Général SARRAIL - Complexe G.PHILIPPE

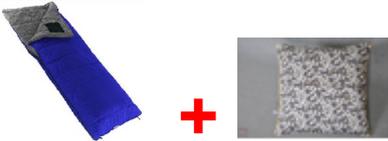
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE

STAGE PERFECTIONNEMENT JEUNES de la TOUSSAINT

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 nous ne fournissons ni le linge, ni les oreillers et couettes
Objectif et publics	Entraînement de l'élite régional, Cohésion de groupe, entraînement physique et spécifique. Public : M11, M13 et M15 détectés et performants Armes : Fleuret et Epée

Matériel	Matériel d'esgrime complet en parfait état de marche, armes électriques et fils en nombre suffisant (prévoir la casse éventuelle de lames), matériel de réparation. 1 paire de chaussures dédiée à l'esgrime et au travail en salle.
Matériel complémentaire	1 paire de chaussures de sport pour l'extérieur (running pour courir). Survêtement, short et Tee-shirts en nombre. Vêtement de pluie. Trousse de toilette + serviettes. Affaires pour la soirée et la nuit et éviter les objets de valeurs. 
Participation	La participation pour le stage pour est de 100 € . Merci de régler votre inscription via la plateforme HELLO ASSO
Modalités d'inscription	PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : adressez à cidchampard@crege.fr votre dossier complet (règlement, fiche sanitaire, et formulaire d'inscription) Pour le 17 OCTOBRE 2025 (délai de réponse)
Encadrement <i>(sous réserve d'un nbre suffisant d'inscrits par arme)</i>	FLEURET (ETR DEJEPS) : Mtre DARDE Cyrille EPEE (ETR DEJEPS) : Mtre POTDEVIN Rodolphe



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*

OBLIGATOIRE

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°1008*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
Diphthérie				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 AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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.

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
