




## STAGE ANIMATEURS FEDERAUX

### SAISON 2024-2025

Salle d'armes du CEC du 28 au 30 Octobre 2024

Début du stage	<b>Lundi 28 octobre à 10h</b> Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Fin du stage	<b>Mercredi 30 octobre à 17h</b> 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 <b>nous ne fournissons ni le linge, ni les oreillers et couettes</b>
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 <b>120 €</b> . <b>Païement au</b> Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne à joindre au dossier complet. Merci de régler votre inscription en joignant le <b>justificatif de virement bancaire (RIB joint)</b> en précisant : NOM + Prénom et TYPE de STAGE
Modalités d'inscription	<b>PRE-INSCRIPTIONS ouvertes</b> : adressez à <a href="mailto:cidchampard@crege.fr">cidchampard@crege.fr</a> votre <b>dossier complet (règlement, fiche sanitaire si mineur, et formulaire d'inscription)</b> <b>Pour le 18 OCTOBRE 2024 (délai de réponse)</b> Nota : <b>Le règlement</b> financier doit être envoyé <b>avant l'entrée du stage</b> ; des facilités de paiement peuvent être accordées, les chèques ANCV sont acceptés (si le cas échéant le préciser pour l'envoi postal)
Encadrement (sous réserve d'un nbre suffisant d'inscrits)	Cadres : Mtre POTDEVIN Rodolphe



## RIB - Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire des opérations sur votre compte (virements, prélèvements, etc...).

This statement is intended to be delivered to those of your creditors or debtors who have transactions posted to your account (credit transfers, invoice payments, etc ...).

**RIB -** Identifiant national de compte  
*National Bank Account Number*

**Domiciliation**  
*Domiciliation*

ETABLISSEMENT	GUICHET	N° COMPTE	CLE RIB	CHALONS CENTRE FINANCIER
20041	01002	0073513F023	25	5 RUE COSME CLAUSE 51040 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX

L'identifiant international de compte est intégré au présent relevé d'identité bancaire. Cet identifiant a été créé pour faciliter les règlements transfrontières.

**IBAN -** Identifiant international de compte  
*International Bank Account Number*

**BIC -** Identifiant international  
de l'établissement  
*Bank Identifier Code*

FR57 | 2004 | 1010 | 0200 | 7351 | 3F02 | 325 | PSSTFRPPCHA

Titulaire du Compte - Account Owner

**COMITE INTERDEPARTEMENTAL  
ESCRIME CHAMPAGNE ARDENNE**  
19 AVENUE DU GENERAL SARRAIL  
51000  
CHALONS EN CHAMPAGNE

Cadre réservé au destinataire du relevé

La Banque Postale - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,  
au capital de 4 046 407 595 Euros.  
Siège social et adresse postale : 115, rue de Sèvres - 75 275 Paris Cedex 06  
RCS PARIS 421 100 645 - Code APE 6419Z

[Imprimer le RIB](#)

Fermer

## FICHE D'INSCRIPTION STAGES TOUSSAINT C.I.D

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIREUR

Nom : Prénoms :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone (portable) : @mail :

Club :

Arme / catégorie / Numéro de licence :

Type de stage :  ATHLETE (\*)

FORMATION (\*)

➤ ENTREE EN FORMATION :  Animateur Fédéral

➤ FORMATION CONTINUE (examen) :  oui  non

(\*) cochez la case

### MODALITES D'INSCRIPTIONS

☞ Soit par l'intermédiaire de votre club s'il centralise les inscriptions (votre club a reçu copie du dossier)

☞ Soit par vous-même en informant obligatoirement les responsables de votre club (Président(e), Maître d'armes...)

☞ Merci de régler votre inscription par **virement bancaire (RIB ci-joint)** en précisant : NOM + Prénom et TYPE de STAGE

(\*) cochez la case

TARIF  ATHLETE(\*) : 100 Euros  ANIMATEUR (\*) : 120 Euros

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e):

En qualité de : *père/mère/tuteur*, autorise l'enfant (Nom, prénom) à participer au stage de (Dates et Lieu) **organisé par le C.I.D Champagne-Ardenne.**

Adresse du responsable légal :

Téléphones (fixe et portable) : @mail :

J'atteste avoir pris connaissance des différents documents joints : Autorisation d'hospitalisation et fiche sanitaire **et notamment les consignes relatives au coronavirus.**

Fait le :

Signature :

**SCANNEZ ET JOIGNEZ obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N° 10008\*02**

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION STAGES TOUSSAINT C.I.D

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 les éventuelles interventions chirurgicales.
- Je n'autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales
- J'autorise également à prendre les mesures nécessaires liées à la COVID
- Je n'autorise pas les mesures liées à la COVID (\*) cocher la case

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

Téléphones :

Fait le :

Signature :



**PLUS D'ENVOI PAPIER** (il existe plusieurs applications gratuites pour téléphone mobile permettant de scanner des documents au format PDF)

**SCANNEZ ET JOIGNEZ 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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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

---

---

---

---

---

---