

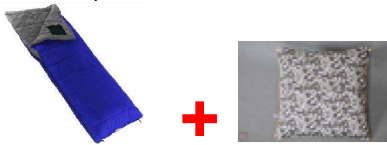


STAGE PERFECTIONNEMENT JEUNES de la TOUSSAINT

SAISON 2024-2025

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

Début du stage	Lundi 28 octobre à 10h Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Fin du stage	Mercredi 30 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	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'escrime 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'escrime 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 € . Païement au Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne à joindre au dossier complet. Merci de régler votre inscription en joignant le justificatif du virement bancaire (RIB joint) en précisant : NOM + Prénom et TYPE de STAGE
Modalités d'inscription	PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : adressez à cidchampard@crege.fr votre dossier complet (règlement, fiche sanitaire, et formulaire d'inscription) Pour le 18 OCTOBRE 2024 (délai de réponse) Nota : Le règlement financier doit être envoyé avant l'entrée du stage ; des facilités de paiement peuvent être accordées, les chèques ANCV sont acceptés (si le cas échéant le préciser pour l'envoi postal)
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



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 ?

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.

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
