



STAGE ANIMATEURS FEDERAUX

SAISON 2021-2022

CREPS de Reims du 04 au 06 novembre 2021

| | |
|---------------------|--|
| Début du stage | Jeudi 04 Novembre 2021 à 10h CREPS de Reims-Route de Bézanne-51100 |
| Fin du stage | Samedi 06 Novembre 2021 à 17h CREPS de Reims-Route de Bézanne-51100 |
| Hébergement | CREPS de Reims |
| 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 Équipement pour la préparation physique généralisée Livret de formation De quoi prendre des notes + clé USB Attention : Chaque participant devra être en mesure de présenter un pass sanitaire valable pour la durée du stage - Respect des gestes barrières pour tous (les masques seront fournis par le CID) |
| Participation | La participation pour le stage - gratuit ↳ Mesures liées au COVID : Nous vous proposons la possibilité d'être Externe, dans ce cas le tarif - gratuit |
| Modalités d'inscription | PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : vous pouvez envoyer Dossier complet (fiche sanitaire, feuille d'inscription et autorisation parentale si mineur) à expédier à l'adresse suivante : Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne Complexe Gérard Philipe – Bâtiment des Associations – 1er étage – porte 43 – 19 Avenue du Général Sarrail – 51000 Châlons-en-Champagne Pour le 25 OCTOBRE 2021 (délai de réponse) Merci de confirmer par mail le plus rapidement possible à l'adresse suivante : cidchampard@crege.fr Nota : Le règlement financier doit être envoyé avant l'entrée du stage ; des facilités de paiement peuvent être accordées. |
| Encadrement (sous réserve d'un nbre suffisant d'inscrits) | Cadres : Mtre POTDEVIN Rodolphe |
| Informations COVID | |



Le CREPS vous accueillera dans les meilleures conditions, merci de respecter les consignes liées à l'hébergement et à la restauration.

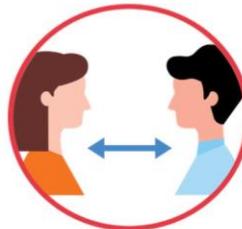
Pour votre enfant, il devra respecter les consignes fédérales (<https://www.escrimeffe.fr/fr/ffe/protocoles-escrime-covid-19/conditions-sanitaires-de-pratique.html>) ci-après :

COVID-19 consignes de prévention

SUR LA PISTE



Portez un masque en dehors du temps de pratique



Conservez une distance de 2m avec les autres personnes



Ne prêtez ou n'échangez pas votre matériel et gardez-le toujours à proximité



Ne serrez pas la main de votre adversaire, saluez-le avec votre arme



Désinfectez les prises de branchement à l'enrouleur si un responsable n'a pas été désigné

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ESCRIME
FFE

Plus d'informations :
☎ 01 87 12 30 08
🌐 www.escrime-ffe.fr

Merci de noter que le stage ne pourra accueillir les inscrits selon les conditions sanitaires en vigueur.

FICHE D'INSCRIPTION STAGES TOUSSAINT C.I.D

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 : ATHLETE (*) FORMATION ARBITRE (*) FORMATION DE CADRE (*)
(* cocher la case)

➤ ENTREE EN FORMATION: Animateur Fédéral ➤ FORMATION CONTINUE(examen): oui non
(* cocher la case)

OBLIGATOIRE

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 joindre au dossier votre règlement **libellé à l'ordre de : « Comité Interdépartemental d' Escrime de Champagne-Ardenne » et à retourner à : CID ESCRIME de Champagne-Ardenne au 19, avenue du Général Sarrail – Complexe Gérard PHILIPPE - 51000 CHALONS** par chèque /virement Bancaire ou ANCV



Cadre Réserve

(* cocher la case)

TARIF INTERNE ATHLETE(*) : 50 Euros ANIMATEUR (*) : 0 Euros ARBITRE(*) :0 Euros

TARIF EXTERNE ATHLETE(*) : 25 Euros ANIMATEUR (*) : 0 Euros ARBITRE(*) :0 Euros

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e):.....

En qualité de : *père/mère/tuteur*, autorise l'enfant (Nom, prénom) à participer au stage de du **04 au 06 Novembre 2021 au CREPS de REIMS organisé par le C.I.D Champagne-Ardenne.**

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 **et notamment les consignes relatives au coronavirus.**

Date :

Signature :

Joindre obligatoirement l'autorisation d'hospitalisation et 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

Adresse :

Téléphones :

Date :

Signature :

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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| 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
