

# Comité Interdépartemental d'Escrime de Lorraine

✉ : Maison Régionale des Sports - 13 rue Jean Moulin - 54510 TOMBLAINE

☎ 03.83.18.87.40 - Fax : 03.83.18.87.41 - ✉ : cidescrimelorraine@lorraine-sport.com

---

## STAGE DE DETECTION M13/M15 (1ère, 2<sup>ème</sup> année) Fleuret - Epée Du 24 au 26 octobre 2023 A VERNY

### Lieu :

ACADEMOS - 2 rue Plénière - 57420 VERNY

### Hébergement et restauration :

L'hébergement et la restauration se feront sur le site ACADEMOS DE VERNY. Les draps et couvertures sont fournis. **Ne pas oublier les serviettes de toilette.**

### Accueil :

Du mardi 24 au jeudi 26 octobre 2023 de 10H00 à 17H00

### Intervenants :

Directrice : Auxane CHOLLEY - Tél : 06.10.52.60.06

Encadrement fleuret : Paul GRANDIDIER et Etienne MOINARD

Encadrement épée : Auxane CHOLLEY et Nathanaël RIVIERE

### Conditions de participation :

- Les tireurs M13/M15 s'inscrivant dans une démarche compétitive (zone et régionale).
- Les M17 1<sup>ère</sup> année souhaitant participer sont placés en liste d'attente et seront contactés ultérieurement selon les places disponibles.

Les demandes seront traitées par ordre d'arrivée.

Dans le cas où nous enregistrons moins de 10 inscriptions dans une arme à la date du 8 octobre, cette arme sera annulée.

### Coût :

100.00 € par stagiaire à régler **par virement (RIB CID en PJ)**. Ce montant ne représente qu'une partie du coût réel du stage. La différence est prise en charge par le CREGE, tout comme les frais d'encadrement.

# Comité Interdépartemental d'Escrime de Lorraine

✉ : Maison Régionale des Sports - 13 rue Jean Moulin - 54510 TOMBLAINE

☎ 03.83.18.87.40 - Fax : 03.83.18.87.41 - ✉ : cidescrimelorraine@lorraine-sport.com

---

Attention : En cas de désistement tardif, même pour cause de maladie ou de blessure attestée par un certificat médical, les frais d'inscription ne pourront être remboursés que dans le cas où l'hébergement et la restauration ne nous sont pas facturés par le ou les prestataire(s).

## Matériel :

- Tenue d'Escrime complète
- 2 armes électriques (lames n°2 ou 5) ,2 fils de corps
- Chaussures d'intérieur
- Corde à sauter
- Tenue d'extérieur + chaussures d'extérieur
- Vêtement de pluie
- Nécessaire de toilette

## Clôture des inscriptions :

**Le 20 septembre 2023**

Les stagiaires sont placés sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement durant la totalité de la durée du stage. Les stagiaires s'engagent à : Ne pas fumer, ne pas introduire et consommer d'alcool, rester dans l'enceinte du stage, respecter les horaires du coucher. En cas de défaillance d'un stagiaire à l'une de ces règles, l'équipe d'encadrement se réserve le droit de l'exclure sur le champ de façon définitive. Celui-ci devra alors s'acquitter de la totalité du stage.



# Comité Interdépartemental d'Escrime de Lorraine

✉ : Maison Régionale des Sports - 13 rue Jean Moulin - 54510 TOMBLAINE

☎ 03.83.18.87.40 - Fax : 03.83.18.87.41 - ✉ : cidlorraine@crege.fr

## Fiche d'inscription au stage M13/M15 (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> année) Fleuret - Epée Du 24 au 26 octobre 2023 A VERNY

L'inscription doit arriver au plus tard à l'adresse du Comité Interdépartemental d'Escrime de Lorraine à Tomblaine le mardi 20 septembre 2023 et être impérativement accompagnée de la fiche sanitaire complétée et d'une copie de l'ordre de virement de 100.00 €.

### Renseignement concernant le stagiaire :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Arme :  Fleuret  Sabre  Epée

Adresse :

Club :

Tél fixe : Tél mobile :

Fax : E-mail :

Je soussigné(e) Mr ou Mme :

Autorise mon enfant  OUI  NON

A participer au stage qui se déroulera du 24 octobre à 10H00 au 26 octobre 2023 à 17H00 à VERNY.

J'autorise les responsables du stage à prendre toutes les mesures immédiates d'hospitalisation :

OUI  NON



COMITÉ RÉGIONAL  
**ESCRIME**  
GRAND EST

FÉDÉRATION FRANÇAISE  
**ESCRIME**

# Comité Interdépartemental d'Escrime de Lorraine

✉ : Maison Régionale des Sports - 13 rue Jean Moulin - 54510 TOMBLAINE

☎ 03.83.18.87.40 - Fax : 03.83.18.87.41 - ✉ : cidlorraine@crege.fr

## Régime alimentaire spécifique :

Repas sans porc :  OUI  NON

Repas végétarien :  OUI  NON

Allergies(s) alimentaires :  OUI  NON

Si oui, précisez.....

Contre indications médicales (précisez) :

.....

.....

Merci de joindre à la présente fiche, une photocopie de **l'attestation de droit à l'assurance maladie.**

En inscrivant mon enfant à ce stage, je m'engage à ce qu'il respecte les consignes de travail, de sécurité, d'hygiène de vie sportive (alcool, tabac...) et de respect de vie en collectivité qui auront été données par les responsables du stage. Je prends note du fait que le non respect de ces consignes peut entraîner l'exclusion du stage et m'oblige à venir chercher mon enfant sur place.

Lieu : Date : Signature d'un parent :

En participant à ce stage, je m'engage à respecter les consignes de travail, de sécurité, d'hygiène de vie sportive (alcool, tabac...) et de respect de vie en collectivité qui auront été données par les responsables du stage. Je prends note du fait que le non respect de ces consignes peut entraîner l'exclusion du stage et obliger mes parents à venir me chercher sur place.

Lieu : Date : Signature du stagiaire :

## Remarques, questions :

.....

.....





# 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**

---

---

---

---

---

---