



STAGE PREPARATION, DETECTION ET ENTRAINEMENT TOUSSAINT

SAISON 2019-2020

CREPS de Reims du 21 au 23 octobre 2019

Début du stage	Lundi 21 Octobre 2019 à 10h CREPS de Reims-Route de Bézanne-51100
Fin du stage	Mercredi 23 Octobre 2019 à 17h CREPS de Reims-Route de Bézanne-51100
Hébergement	CREPS de Reims
Objectif et publics	Entraînement de l'élite régional, Cohésion de groupe, entraînement physique et spécifique. Public : M11, M13 et M15 détectés et performants lors de la saison 2018/2019 Armes : Fleuret, Epée et Sabre.

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. Eviter les objets de valeurs.
Participation	La participation pour le stage est de 95 € le chèque est à libeller à l'ordre de Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne et à joindre au dossier complet. Au cas exceptionnel où il n'y aurait pas hébergement, le tarif peut être abaissé. Mais pour la cohésion du groupe, l'internat est de rigueur.
Modalités d'inscription	PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : vous pouvez envoyer votre dossier complet (règlement, fiche sanitaire, feuille d'inscription et autorisation parentale) 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 11 OCTOBRE 2019 (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 nombre suffisant d'inscrits par arme)	Cadre Référent : à venir FLEURET (ETR DEJEPS) : à venir EPEE (ETR DEJEPS) : à venir SABRE (ETR DEJEPS) : à venir

FICHE D'INSCRIPTION STAGES TOUSSAINT du 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 :

OBLIGATOIRE

Type de stage : (*) rayer la mention inutile

ATHLETE(*)

FORMATION ARBITRE(*)

FORMATION DE CADRE(*)

➤ ENTREE EN FORMATION : Animateur Fédéral

➤ FORMATION CONTINUE (examen) : oui non

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/ ANCV (* rayer la mention inutile)



Cadre Réserve

(*) rayer la mention inutile

ATHLETE(*) : 95 Euros | FORMATION DE CADRE(*) : 70 Euros | FORMATION ARBITRE(*) : 70 Euros

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 le Comité Interdépartemental d'Escrime de 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.

Date :

Signature :

Joindre obligatoirement l'autorisation d'hospitalisation et la fiche sanitaire CERFA N° 10008*02

AUTORISATION D'HOSPITALISATION STAGES TOUSSAINT du 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 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

à venir

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
