Bulletin inscription

NOM : PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE : SEXE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

TEL 1 TEL 2 :

ADRESSE MAIL :

LICENCIE : N°LICENCE :

CLUB : DEPARTEMENT :

CATEGORIE 2022/2023 : U9 - U11 - U13 - U15 - U17

TAILLE VETEMENTS : XXS– XS - S- M - L - XL (ATTENTION GRANDE TAILLE)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M./Mme ..... Père/Mère/Tuteur de : .....

N° de sécurité sociale : _ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

- Autorise le responsable du camp ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence concernant leur enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.
- Prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage.
- Prend note que toute interruption de séjour motivée notamment par une exclusion ou par une blessure ne donne droit à aucun remboursement.
- Accepte l'exploitation, à titre gratuit, par la Ligue de BFC, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.
- Autorise mon enfant à participer aux activités de baignade organisées par le BFC Basket Camp
- Autorise l'encadrement du BFC Basket Camp à véhiculer mon enfant sur le site des activités du camp.

Le à

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:

A JOINDRE AVEC L'INSCRIPTION

- Ce bulletin d'inscription dûment complété et signé (1 par stagiaire),
- Règlement en totalité par Virement RIB IBAN FR76 1027 8025 5300 0219 1050 150 BIC CMCIFR2A / Chèques vacances / Coupon sports / Chèque bancaire à l'ordre de LBFC
  pas de paiement carte bleue ni espèces.
- Un certificat médical de non-contre indication à la pratique du basket datant de moins d'un an (pour les non licenciés).
- La fiche sanitaire de liaison complétée signée
- La photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle,
- Le règlement intérieur complété et signé.
- Une attestation de responsabilité civile

Autorisation de sortie:

Je soussigné(e) M.Mme ..... Père/Mère/Tuteur de : .....

Autorise, après la journée du camp, mon enfant .....

À partir avec (nom de la personne majeur autorisées à récupérer votre ou vos enfants : .....

Le ..... à .....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur facebook

Crédit Mutuel

Semaines proposées

* tarif préférentiel : deux enfants d'une même fratrie, 4 enfants d'un même club, deux semaines de camps

DIJON – CREPS 21000 Dijon

☐ **SEMAINE 1** ***du samedi 8** (à 17h) **au jeudi 13 Juillet 2023*** (à 18H)

Tarif Normal	☐ pension complète **(440€)**	☐ sans hébergement ***(320€)**
Tarif Préférentiel*	☐ pension complète **(420€)**	☐ sans hébergement ***(300€)**

☐ **SEMAINE 2** ***du dimanche 16** (à 17h) **au vendredi 21 Juillet 2023*** (à 18H)

Tarif Normal	☐ pension complète **(440€)**	☐ sans hébergement ***(320€)**
Tarif Préférentiel*	☐ pension complète **(420€)**	☐ sans hébergement ***(300€)**

***Sans hébergement repas du soir inclus : arrivée 9h départ 22h**

BELLECIN – Centre Sportif de Bellecin 39270 ORGELET

☐ **SEMAINE 3** ***du dimanche 23** (à 17h) **au vendredi 28 Juillet 2023*** (à 18H)

Tarif Normal	☐ pension complète **(470€)**	☐ sans hébergement ***(340€)**
Tarif Préférentiel	☐ pension complète **(450€)**	☐ sans hébergement ***(300€)**

☐ **SEMAINE 4** ***du dimanche 30** (à 17h) **au vendredi 04 aout 2023*** (à 18H)

Tarif Normal	☐ pension complète **(470€)**	☐ sans hébergement ***(340€)**
Tarif Préférentiel	☐ pension complète **(450€)**	☐ sans hébergement * **(300€)**

***Sans hébergement repas du soir inclus : arrivée 9h départ 22h**

ATTENTION : AUCUNE PRÉ INSCRIPTION

Seule la réception de la **TOTALITÉ du règlement** (virement /Chèque bancaire/CV/ Coupons sport), et du **DOSSIER COMPLET par mail ou courrier** validera l'inscription.

PS : Pour les enfants non licenciés dans un club, 10€ supplémentaires sont demandés.

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur facebook

Crédit Mutuel

Règlement intérieur

Conditions générales :
Toute personne fréquentant le stage organisé par la Ligue Bourgogne Franche Comté de Basketball est censée connaître le présent règlement.

Assurances des stagiaires :
Toute personne fréquentant le stage doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier et individuel accident. La Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradation, de biens personnels, ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration :
Le calme doit régner en permanence dans l'internat et les lieux de restauration. Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement. Sont interdits dans l'internat et les locaux communs aux stagiaires la consommation d'alcool et de tabac.

Paiement :
L'inscription est prise en compte dès que la totalité du règlement est versé.
Les chèques vacances, comités d'entreprise, bons CAF et coupons sports sont acceptés comme modalités de règlement.

En cas de désistement, et sur justification :
- plus de 10 jours avant le début du stage, remboursement total du règlement

La Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement **. Les arrêts en cours sauf blessure ou une raison valable, de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.**

Renseignements médicaux :
Les parents des stagiaires informent la Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball :
- Des traitements, soins, régimes, allergies..., des particularités d'ordre médical qui affectent les enfants à l'aide de la fiche sanitaire de liaison.
- Du numéro de sécurité sociale, adresse de la Caisse maladie, éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

En cas d'accident, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des familles des enfants mineurs.

Je soussigné(e) ....., représentant(e) légal(e) de .....reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter totalement.

A ..... Le ...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur facebook
Crédit Mutuel

Trousseau recommandé

- ◊ 1 sac de sport ou sac à dos pour les affaires de sport
- ◊ 1 sac pour le linge sale
- ◊ 1 oreiller
- ◊ Nécessaire de toilette (serviette, gant…)
- ◊ 2 serviettes de bain
- ◊ Pyjama
- ◊ Sous vêtements adaptés à la pratique sportive pour 6 jours
- ◊ 2 sweat-shirts
- ◊ Casquette ou chapeau
- ◊ 1 paire de lunettes de soleil
- ◊ 1 maillot de bain (pas de bermudas !)
- ◊ 1 bonnet de bain
- ◊ 1 survêtement ou jogging
- ◊ 2 paires de basket (éviter les chaussures neuves !)
- ◊ 1 vêtement de pluie
- ◊ 1 paire de chaussures de repos (espadrilles, tongs…)
- ◊ T-shirts pour 6 jours
- ◊ 3 à 4 shorts
- ◊ 12 paires de chaussettes en coton
- ◊ 1 gourde ou bouteille d'eau à remplir régulièrement
- ◊ 1 petite trousse à pharmacie individuelle (pansements, crème solaire, bombe de froid, double peau – style « compeed » pour les ampoules-, crème apaisante contre les irritations…)

Il est indispensable de marquer les affaires au nom de l'enfant
Ne pas emporter d'objet de valeur !
L'encadrement et les structures qui mettent leurs locaux à disposition déclinent toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
Une « mini-banque » sera à disposition des stagiaires pour gérer l'argent de poche.

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur facebook
Crédit Mutuel

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	☐	☐		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	☐	☐			
BCG	☐	☐			

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Copyrint 01 64 66 3000