

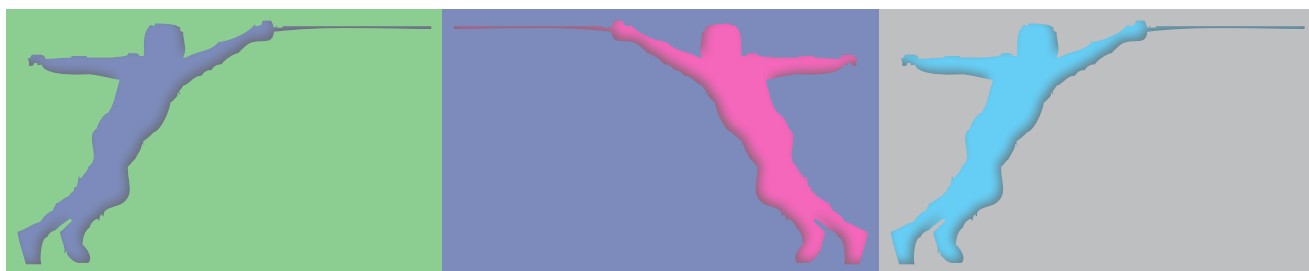
Le Comité Départemental d'Escrime du Calvados vous propose son

STAGE D'AUTOMNE



les 20 et 21 OCTOBRE 2016

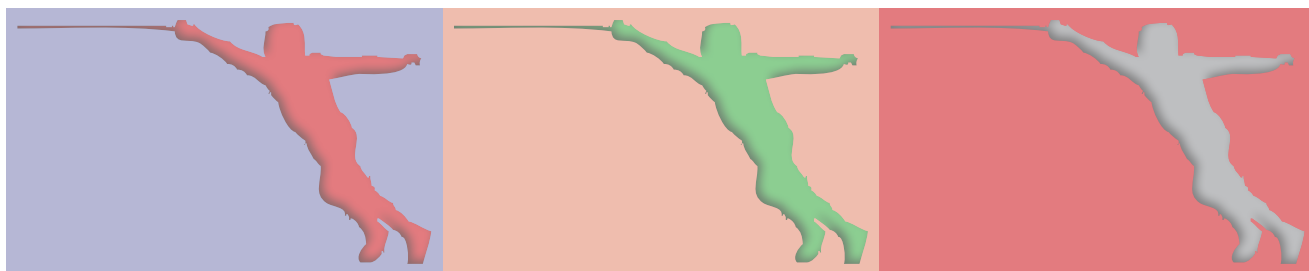
Centre sportif de Normandie à Houlgate



Fleuret/Épée (garçons et filles)

M11 (nés en 2006 ou 2007)

M14 (nés en 2003, 2004 ou 2005)



Date limite d'inscription : lundi 10 octobre 2016

Demandez votre dossier d'inscription à votre Maître d'Armes



Comité Départemental d'Escrime du Calvados

STAGE D'ESCRIME D'AUTOMNE

les 20 et 21 octobre 2016

Centre sportif de Normandie

route de la Vallée 14510 Houlgate

Catégories **M11** (nés en 2006 ou 2007) et **M14** (nés en 2003, 2004 ou 2005)

FLEURET – ÉPÉE

ARRIVÉE : jeudi 20 octobre à 9h.

DÉPART : vendredi 21 octobre à 17h.

ENCADREMENT :

Maître Hermann CHAUME

Maître Reynald ROTROU

(1 encadrant qualifié pour 12 stagiaires)

assistés d'animateurs fédéraux en formation.

IMPORTANT. Les premiers inscrits seront retenus dans la limite des places disponibles mais, sauf avis contraire, votre inscription sera considérée comme enregistrée et définitive. En cas d'absence, en dehors de raison de santé justifiée par un certificat médical, le montant du stage sera encaissé.

Le stage à l'épée ne sera organisé que s'il y a un minimum de sept inscrits à cette arme.

Matériel. Le tireur s'engage à avoir une tenue complète conforme aux normes actuelles et en état, complétée par le matériel électrique suivant :

- 2 armes • 2 fils de corps • une cuirasse électrique • une cuirasse de protection
- 2 paires de chaussures de sport (intérieur, extérieur) • pantalon de jogging (ou survêtement)
- linge de rechange en conséquence • serviettes de bain, etc.
- Prévoir un sac séparé pour les affaires d'escrime qui devront être apportées au gymnase.
- Prévoir aussi une bouteille d'eau.

Discipline. Chaque participant s'engage à respecter les règles établies par l'équipe d'encadrement et à observer à tout moment les principes imposés par la vie en société.

Participation aux frais de stage :

45€ à joindre à la fiche d'inscription (*pour information, le coût réel supporté par le CD14 est de 115 € par stagiaire*).

LA FICHE D'INSCRIPTION JOINTE EST A RETOURNER IMPERATIVEMENT
AVANT LE 10 OCTOBRE 2016, ACCOMPAGNÉE D'UN CHÈQUE DE 45€
À L'ORDRE DU COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'ESCRIME DU CALVADOS

Comité Départemental d'Escrime du Calvados

Maison des Associations

1018, quartier du Grand-Parc 14200 Hérouville Saint-Clair

courriel : cd14escrime@laposte.net — site internet : <http://escrime-bn.jimdo.com/les-cd-et-clubs/cd14/>





Comité Départemental d'Escrime du Calvados

Inscription au **STAGE D'AUTOMNE**

des 20 et 21 octobre 2016

Centre sportif de Normandie

route de la Vallée 14510 Houlgate

Je, soussigné, M. Mme e-mail

N° de téléphone domicile de portable

représentant légal de l'enfant :

Nom Prénom Fille Garçon

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à

Adresse

Code postal

--	--	--	--	--	--

 Localité

vous prie d'enregistrer son inscription au stage de Toussaint des 17 et 18 octobre 2015.

Club Arme pratiquée Fleuret Épée

Pour les épéistes : S'il n'y a pas suffisamment d'inscrits à l'épée, je souhaite que mon enfant fasse le stage au fleuret Oui Non

Problème de santé à signaler ou traitement en cours (apporter l'ordonnance et les médicaments le jour du début du stage) :

Sécurité Sociale : Caisse et adresse

..... N° carte Vitale

Mutuelle : Nom et adresse

..... N° d'affiliation

J'autorise les responsables du Stage à prendre toutes décisions utiles en cas d'accident, de maladie ou d'indiscipline. Je ne serai informé(e) qu'en cas d'extrême urgence et, dans l'impossibilité de me joindre, les responsables du stage pourront être amenés à prendre des décisions concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant, ou à mon (ma) pupille.

J'autorise le Comité Départemental à utiliser l'image de mon enfant, notamment en cas d'article dans la presse, sachant qu'aucune utilisation commerciale n'en sera faite.

Le

Signature

CETTE FICHE D'INSCRIPTION EST A RETOURNER IMPÉRATIVEMENT
AVANT LE 10 OCTOBRE 2016, ACCOMPAGNÉE D'UN CHÈQUE DE 45€
À L'ORDRE DU COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'ESCRIME DU CALVADOS

Comité Départemental d'Escrime du Calvados

Maison des Associations

1018, quartier du Grand-Parc 14200 Hérouville Saint-Clair

courriel : cd14escrime@laposte.net — site internet : <http://escrime-bn.jimdo.com/les-cd-et-clubs/cd14/>





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"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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
