



## Dossier d'inscription GERS BASKET CAMP édition 2021

### Renseignements généraux :

- Dates : lundi 12 juillet au vendredi 16 juillet 2021
- Lieu : Cité scolaire Maréchal Lannes à Lectoure (32)
- Profil des stagiaires : filles et garçons licenciés nés en 2007, 2008, 2009 et 2010.

Tarif : **375 euros**

Tarif réduit : 340 euros par inscription pour 2 enfants de la même famille

Les moyens de paiement acceptés sont :

- Par chèque à l'ordre de "Comité Gers Basket"
- Par virement bancaire
- Par ANCV : chèques vacances ou coupons sport

Possibilité de régler en 2 ou 3 fois : préciser au dos de chaque chèque la date d'encaissement souhaitée.

L'inscription sera définitive à réception de l'intégralité du règlement et du dossier d'inscription complet.

L'annulation par la famille avant le début du camp peut donner droit à un remboursement partiel, sur justificatifs, suivant le barème suivant :

- Remboursement à hauteur de 80% pour une annulation intervenant plus d'un mois avant le début du camp (sauf souscription annulation)
- Remboursement à hauteur de 40% pour une annulation intervenant plus de 15 jours avant le début du camp (sauf souscription annulation)
- Aucun remboursement pour une annulation moins de 15 jours avant le début du camp.

Pour des raisons uniquement médicales avec justificatif ou événements familiaux, le remboursement sera possible en intégralité.

L'annulation du camp par l'organisateur peut-être envisagée en raison des conditions sanitaires ou si le nombre d'inscrits est insuffisant. En cas d'annulation, l'organisateur s'engage à rembourser l'intégralité des sommes versées aux familles.

A nous retourner par mail ou par voie postale au plus tard le **12 juin 2021** :

- 1) Fiche d'inscription
- 2) Autorisation parentale
- 3) Règlement intérieur du camp
- 4) Autorisation de prise de vue et de diffusion
- 5) Fiche sanitaire de liaison

→ Adresse mail : [gbc32@gersbasketball.org](mailto:gbc32@gersbasketball.org)

→ Adresse postale :

Comité Départemental de Basket-Ball du Gers  
36 rue des Canaris  
32000 AUCH





## Formulaire d'inscription

\* Mentions obligatoires

### Coordonnées de l'enfant :

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../..... Sexe\* :  Masculin  Féminin

Taille (en cm)\* : .....

Nom du club\* : .....

Niveau de jeu\* :  Départemental  Régional  National

### Coordonnées des parents ou du responsable légal :

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Adresse postale (Numéro et nom de rue + code postal + VILLE)\* :

.....  
.....

Adresse mail\* : .....@.....

Téléphone portable (père et mère)\* : ...../.....

### Personne à contacter dans le cas où les parents ne sont pas joignables :

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Téléphone portable : .....





**Autres informations :**

Taille textile de l'enfant (haut + bas)\* :  2XS       XS       S       M

Préciser NOM et prénom des stagiaires du même sexe avec lesquels votre enfant souhaite être dans la chambre (chambre de 4 personnes) :

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Comment avez-vous connu le Gers Basket Camp ?

- Bouche à oreille
- Club
- Site internet du Comité 32
- Page Facebook du Comité 32
- Page instagram du Comité 32





## Autorisation parentale

\* Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) M, Mme.....,

Père / Mère / Tuteur\* du stagiaire.....,

né(e) le...../...../.....à.....,

- Certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile (joindre l'attestation d'assurance).
- Autorise la direction du camp à prendre toutes décisions médicales urgentes, anesthésie comprise, concernant la santé de mon enfant.
- Autorise mon enfant à se baigner à la piscine (sous surveillance du personnel compétent)
- Prends note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du camp. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.

Fait à....., le...../...../.....

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"





## Règlement intérieur

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

### Assurance des stagiaires

Toute personne fréquentant le camp organisé par le Comité Départemental de Basket-Ball du Gers doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier individuel et accident.

Le Comité Départemental de Basket-Ball du Gers dégage toute responsabilité civile en cas de vol, dégradation, de biens personnels ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation des installations et des services.

### Règlement lié à la pratique sportive

La pratique se déroule dans le respect d'autrui, des règles énoncées par les différents encadrants sportifs. Je ne porterai pas atteinte à la sécurité d'autrui.

### Règles de la vie quotidienne

Les stagiaires sont responsables de leurs affaires. Il est très fortement recommandé de noter le nom des enfants sur toutes leurs affaires.

Pour des raisons de sécurité et afin de favoriser la vie en collectivité, les téléphones portables des stagiaires seront remis à la direction du camp. Des créneaux horaires sont prévus chaque jour pour permettre aux stagiaires d'utiliser leurs téléphones portables pour appeler leurs parents. Pour le restant du séjour, les portables seront stockés dans un local fermé.

Toute sortie est encadrée par un encadrant ou animateur avec l'accord de la direction.

### Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration

Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement.

Il est interdit aux stagiaires :

- De sortir de l'enceinte sans autorisation de la direction et sans être accompagné d'un adulte de l'encadrement.
- De consommer de l'alcool et du tabac dans l'enceinte de la Cité scolaire.
- D'utiliser leurs téléphones portables en dehors des périodes de temps dédié.





Il est demandé aux stagiaires de :

- Respecter les horaires
- Respecter les installations sportives et les lieux en commun (chambres, couloirs, foyer etc.)
- De laisser les sanitaires propres après utilisation.

En cas de non-respect de ces différents points du règlement, votre enfant peut être renvoyé du camp.

Mon enfant est inscrit au camp, nous avons pris connaissance du règlement intérieur. J'ai lu, et j'accepte le règlement intérieur de ce camp.

Fait à....., le...../...../.....

NOM et prénom du responsable légal : .....	NOM et prénom de l'enfant : .....
Signature du responsable légal :	Signature du stagiaire :
Lu et accepté	Lu et accepté





## Autorisation de prise de vue et de diffusion

Dans le cadre du Gers Basket Camp organisé à Lectoure par le Comité Départemental de Basket-Ball du Gers, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo ou être filmé, qui sera ensuite publié sur le site internet ou les réseaux sociaux du Comité (Facebook et Instagram).

Je soussigné(e) M, Mme.....,

parents(s) ou responsable légal de l'enfant.....,

demeurant au.....,

autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image de l'enfant prise dans le  
contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

Fait à....., le...../...../.....

Signature





# 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....