

# Stage Nogent Basket 6ème édition

Du 23 au 29 Avril 2023 au  
centre sportif Hauteville 3s



Stage en pension  
complète avec transport  
A/R : 520€ TTC



# BULLETIN D'INSCRIPTION STAGE NBC 23 au 29 avril 2023

MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES

## RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGIAIRE

NOM : .....  
PRENOM : .....  
SEXE : MASCULIN  FEMININ   
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : .....  
VILLE : .....  
TAILLE : .....m.....

## LISTE DES DOCUMENTS

Documents à **remettre aux entraîneurs** :

- PHOTOCOPIE CARTE VITALE PHOTOCOPIE
- CERTIFICAT MUTUELLE 2023
- FICHE SANITAIRE
- CARNET DE VACCINATION
- REGLEMENT 520 Euros (chèque(s), espèce).
- PHOTO D'IDENTITE
- ATTESTATION DE NATATION : 25m

## TARIFS ET INFORMATIONS

- Pension Complète – 520 Euros

### Informations :

- Pour le départ du dimanche, le repas n'est pas à la charge du Nogent Basket Club. Les participants devront prévoir un pique-nique.

### Païement :

- Règlements possible :
  - En espèce.
  - En chèque(s) à l'ordre du « Nogent Basket Club » (jusqu'à 3 chèques possibles à donner en même temps que le dossier complet).

### Annulation / Désistement :

- Aucun remboursement ne sera fait si le stagiaire ne se présente pas au stage sauf sur présentation d'un certificat médical de contre indication à la pratique du basketball.
- Aucun remboursement ne sera fait si le stagiaire quitte le stage avant la fin du séjour.

## RESPONSABLE LEGAL

NOM : .....  
PRENOM : .....  
SEXE : MASCULIN  FEMININ   
PROFESSION : .....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : .....  
VILLE : .....  
TELEPHONE PRINCIPAL : ...../...../...../...../.....  
TELEPHONE SECONDAIRE : ...../...../...../...../.....  
EMAIL : .....@.....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....  
autorise le directeur du stage à prendre toutes les décisions médicales urgentes concernant la santé de mon enfant et certifie qu'il est assuré (joindre copie attestation sécurité sociale et carte mutuelle).

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature :

Je soussigné(e) .....  
autorise mon enfant à participer à des activités extérieures (course d'orientation, ...).

J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature :

## AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....  
Père, Mère, Personne exerçant l'autorité parentale de l'enfant (Nom et Prénom) : .....

1) Autorise expressément les organisateurs à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles notre enfant pourrait apparaître à l'occasion de sa participation au camp du Nogent Basket Club, sur tous supports y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi.

2) Autorise le responsable du site internet du Nogent Basket Club à :

Faire figurer la photographie de mon enfant :  OUI  NON  
Mentionner le nom, prénom de mon enfant :  OUI  NON  
Publier les productions de mon enfant :  OUI  NON

Fait à.....

Le : ...../...../.....

Signature:



# 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**

---

---

---

---

---

---

## PLUS D'INFORMATIONSS :

### LE CENTRE HATEVILLE 3S :

#### HÉBERGEMENTS COLLECTIFS



- Le **centre sportif** peut accueillir 72 personnes avec 16 chambres dont une chambre PMR de 2/4 et 6 lits avec une salle de bain privative et toilettes sur le palier.

#### RESTAURATION



#### Self-service

Capacité de 120 couverts.

Que ce soit en terme de besoins diététiques ou d'allergies alimentaires, tous nos menus sont adaptés aux exigences des sportives et sportifs !

#### INSTALLATIONS SPORTIVES

Les installations sont concentrées dans un rayon de 200 m autour du site : pas de temps perdu

- halle sportive de 1800m<sup>2</sup>
- salle de combat, ring et tatamis
- terrains engazonnés football et rugby
- salle de gymnastique spécialisée tout agrès, fosse et praticable récent
- piscine couverte 25m 4 couloirs lignes brise vagues
- 8 vestiaires
- 2 salles de réunions
- gymnase parquet bois
- salle polyvalente

