

Stage Nogent Basket 5eme édition

Du 25 au 30 Avril 2022 au
centre sportif Hauteville 3s



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



BULLETIN D'INSCRIPTION STAGE NBC 25 au 30 avril 2022

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.....

INFORMATIONS MEDICALES :

- Signaler toute allergie, contre-indication médicamenteuse, nutritionnelle, etc...
- Joindre un test PCR ou Antigénique de moins de 72 heures avant la date de départ.

LISTE DES DOCUMENTS

Documents à **remettre aux entraîneurs** :

- PHOTOCOPIE CARTE VITALE PHOTOCOPIE
- CERTIFICAT MUTUELLE 2022
- FICHE SANITAIRE
- CARNET DE VACCINATION
- REGLEMENT 520 Euros (chèque(s), espèce).
- PHOTO D'IDENTITE
- ATTESTATION DE NATATION : 25m

TARIFS ET INFORMATIONS

- Pension Complète – Arrivée le lundi 520 Euros

Informations :

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

Paiement :

- 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
- Aucun remboursement ne sera fait si le stagiaire quitte le stage - avant la fin du séjour sauf en cas de force majeure.

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 extérieurs (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 (1) 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 et le 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
Diphtérie				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

PLUS D'INFOS :

LE CENTRE 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 200m autour du site : pas de temps perdu

- halle sportive de 1800m²
- 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

