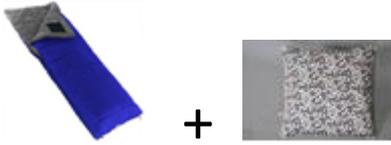


STAGE ANIMATEURS FEDERAUX

SAISON 2022-2023

Salle d'armes du CEC du 25 au 27 Octobre 2022

Début du stage	Mardi 25 octobre à 10h Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Fin du stage	Jeudi 27 octobre à 17h Salle d'armes CE de Châlons – 19 avenue du Gnl SARRAIL – Complexe G.PHILIPPE - 51000
Hébergement	LYCEE OZANAM – MONT HERY 1 rue de la Fraternité – 51000 CHALONS en CHAMPAGNE L'hébergement se fait en chambre individuelle, mais que <u>nous ne fournissons ni le linge, ni les oreillers et couettes</u>
Objectif et publics	Stage de formation de cadres de la Toussaint permettant un travail dans le cadre de la formation à l'enseignement de l'escrime. Ce stage est ouvert à toutes les personnes licenciées désirant rentrer dans un cursus de formation à l'enseignement de l'escrime ou le passage de diplômes fédéraux.

Matériel	Matériel d'escrime complet Matériel de leçon Équipement pour la préparation physique généralisée Livret de formation De quoi prendre des notes + clé USB 
Participation	La participation pour le stage pour les Internes est de 120 € . Au cas exceptionnel où il n'y aurait pas hébergement, le tarif n'est pas abaissé. Mais pour la cohésion du groupe, l'internat est de rigueur. Le chèque est à libeller à l'ordre de Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne et à joindre au dossier complet.
Modalités d'inscription	PRE-INSCRIPTIONS ouvertes : vous pouvez envoyer Dossier complet (fiche sanitaire, feuille d'inscription et autorisation parentale <u>si mineur</u>) à expédier à l'adresse suivante : Comité Interdépartemental d'Escrime de Champagne-Ardenne Complexe Gérard Philipe – Bâtiment des Associations – 1er étage – porte 43 – 19 Avenue du Général Sarrail – 51000 Châlons-en-Champagne Pour le 14 OCTOBRE 2022 (délai de réponse) Merci de confirmer par mail le plus rapidement possible à l'adresse suivante : cidchampard@crege.fr
Encadrement (sous réserve d'un nbre suffisant d'inscrits)	Cadres : Mtre POTDEVIN Rodolphe

FICHE D'INSCRIPTION STAGES TOUSSAINT C.I.D

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIREUR

Nom : Prénoms :
Date de Naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone (portable) : @mail : @.....
Club : Département :
Arme / catégorie...../..... Numéro de licence :.....
Type de stage : ATHLETE (*) FORMATION ARBITRE (*) FORMATION DE CADRE (*)
() cocher la case*
➤ **ENTREE EN FORMATION:** **Animateur Fédéral** ➤ **FORMATION CONTINUE(examen):** **oui** **non**
() cocher la case*

OBLIGATOIRE

MODALITES D'INSCRIPTIONS

↳ Soit par l'intermédiaire de votre club s'il centralise les inscriptions (votre club a reçu copie du dossier)
↳ Soit par vous-même en informant obligatoirement les responsables de votre club (Président(e), Maître d'armes...)
↳ Merci de joindre au dossier votre règlement **libellé à l'ordre de : « Comité Interdépartemental d' Escrime de Champagne-Ardenne » et à retourner à : CID ESCRIME de Champagne-Ardenne au 19, avenue du Général Sarrail – Complexe Gérard PHILIPPE - 51000 CHALONS** par chèque /virement Bancaire ou ANCV



Cadre Réservé

() cocher la case*

TARIF INTERNE ATHLETE(*) : 100 Euros ANIMATEUR (*) : 120 Euros ARBITRE(*) : 50 Euros

TARIF EXTERNE ATHLETE(*) : 60 Euros ANIMATEUR (*) : 120 Euros ARBITRE(*) : 50 Euros

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e):.....
En qualité de : *père/mère/tuteur*, autorise l'enfant (Nom, prénom) à participer au stage de du **25 au 27 octobre 2022 à la salle d'armes du CE CHALONS organisé par le C.I.D Champagne-Ardenne.**
Adresse du responsable légal :
Code Postal : Ville :
Téléphones (fixe et portable) : @mail : @.....
J'atteste avoir pris connaissance des différents documents joints : Autorisation d'hospitalisation et fiche sanitaire **et notamment les consignes relatives au coronavirus.**

Date :

Signature :

Joindre obligatoirement l'autorisation d'hospitalisation et la fiche sanitaire CERFA N° 10008*02



AUTORISATION D'HOSPITALISATION STAGES TOUSSAINT C.I.D

Monsieur, Madame.....

Tuteur légal de

Autorise les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

N'autorise pas les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

J'autorise les éventuelles interventions chirurgicales.

Je n'autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales

J'autorise également à prendre les mesures nécessaires liées à la COVID

Je n'autorise pas les mesures liées à la COVID

(*) cocher la case

Groupe sanguin obligatoire :

Traitement médical :

Allergies :

Régime alimentaire spécifique :

Repas sans porc : OUI NON

Repas végétarien : OUI NON

Allergies(s) alimentaires : OUI NON

Si oui,

précisez.....

.....

POUR VOUS CONTACTER LORS DU STAGE

Adresse :

Téléphones :

Date :

Signature :

Joindre obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N°10008*02



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"/>				
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
