



ATTESTATION D'ASSURANCE STAGES D'ÉTÉ 2020

Je soussigné(e) _____

certifie que mon enfant _____

est assuré(e) par la compagnie d'assurance (*nom et adresse*)

sous le contrat n°

- en responsabilité civile (qui garantit les conséquences pécuniaires dans les cas de sinistre où la responsabilité personnelle de l'enfant est engagée)
- pour les accidents corporels (indemnisation des dommages corporels dont l'enfant peut être victime en cas d'accident)

Fait à :

le :

Signature :

AUTORISATION ET DÉCHARGE PARENTALE SUR LES SOINS D'URGENCE STAGES D'ÉTÉ 2020

- Merci de cocher dans la case « Inscription » pour préciser le stage concerné :

| Numéro de stage | Dates | Âges concernés | Inscription |
|--|---|------------------------------|-------------|
| Stage 1 Saint Michel - Chef - Chef | Du lundi 06 juillet au vendredi 10 juillet 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 2 Préfailles | Du lundi 13 juillet au vendredi 17 juillet 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 3 Préfailles | Du lundi 17 août au vendredi 21 août 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 4 Saint Michel-Chef-Chef | Du lundi 24 août au vendredi 28 août 2020 | 14 – 16 ans (2004 – 2006) | |

Je soussigné(e), _____

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Représentant légal

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Tél travail :

Tél portable 1 :

Tel portable 2 :

Adresse Email :

Autorise ma fille mon fils

Nom :

Prénom :

à participer au stage N°..... duau..... 2020, et autorise le responsable du regroupement à faire pratiquer les soins d'urgence en cas d'accident.

Fait à :

le :

Signature :

AUTORISATION ET DÉCHARGE PARENTALE SUR LES DEPLACEMENTS STAGES D'ÉTÉ 2020

- Merci de cocher dans la case « Inscription » pour préciser le stage concerné :

| Numéro de stage | Dates | Âges concernés | Inscription |
|--|--|------------------------------|-------------|
| Stage 1 Saint Michel - Chef - Chef | Du lundi 06 juillet au vendredi 10 juillet 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 2 Préfailles | Du lundi 13 juillet au vendredi 17 juillet 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 3 Préfailles | Du lundi 17 août au vendredi 21 août 2020 | 11 – 13 ans (2007 – 2009) | |
| Stage 4 Saint Michel-Chef-Chef | Du lundi 24 août au vendredi 28 août 2020 | 14 – 16 ans (2004 – 2006) | |

Je soussigné(e), _____

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Représentant légal

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél Domicile :

Tél travail :

Adresse Email :

Autorise le Directeur du stage à véhiculer en mini bus, ma fille mon fils

Nom :

Prénom :

Durant le **stage N°.....** du**au.....** **2020**, afin de rallier
les différents sites d'activités.

Fait à :

le :

Signature :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

cerfa : Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02.

1- ENFANT

| | |
|--|--|
| <h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> | NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |
|--|--|

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 obligatoire | 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 ?

| Maladies | Oui | Non |
|-----------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | |
| Varicelle | | |
| Angine | | |
| Rhumatisme articulaire Aigu | | |
| Scarlatine | | |
| Coqueluche | | |
| Otite | | |
| Rougeole | | |
| Oreillons | | |

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

| Allergies | Oui | Non |
|-----------------|-----|-----|
| Asthme | | |
| Médicamenteuses | | |
| Alimentaires | | |
| Autres | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladies, accidents, 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

Oui

S'il s'agit d'une 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

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

APPLICABLE À TOUTE INSCRIPTION AUX STAGES D'ÉTÉ 2020 DU COMITÉ HANDBALL 44

SÉJOURS AGRÉÉS PAR LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE JEUNESSE ET SPORTS

OBJECTIFS DU STAGE

- ✓ Améliorer ses qualités techniques individuelles.
- ✓ Bénéficier d'une semaine de vacances en partageant le plaisir des activités de plein air associées à la pratique du Handball.
- ✓ S'entretenir ou se remettre en forme avant le début de la saison 2020/2021.

ENCADREMENT

Ces stages, organisés par le Comité Départemental de Handball de Loire Atlantique sont placés :

- ✓ sous la direction de cadres diplômés d'état et fédéraux
- ✓ sous la responsabilité : d'un directeur de centre de vacances (BAFD)
- ✓ d'animateurs diplômés (BAFA)

CONDITIONS GÉNÉRALES DE FRÉQUENTATION

- Toute personne fréquentant le stage de vacances Handball est censée connaître le présent règlement de fréquentation.

ASSURANCE DES STAGIAIRES

Le Comité Départemental de Handball est assuré pour l'ensemble des activités pratiquées. Cependant, les personnes fréquentant le stage de vacances Handball doivent être couvertes par une assurance personnelle, notamment en responsabilité civile de particulier et individuel accident.

Le Comité Départemental de Handball se dégage de toute responsabilité en cas de vol, dégradation et/ou perte de biens personnels.

EQUIPEMENTS SPÉCIFIQUES A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS

- ACTIVITES NAUTIQUES** : vêtements de pluie et de rechange.
- PISCINE** : slip et bonnet de bain obligatoires.



RÈGLEMENT D'OCCUPATION DE L'INTERNAT

Le calme doit régner en permanence dans l'internat et notamment après 22h00, où tout bruit éventuel et autres va-et-vient dans les couloirs sont strictement interdits.

L'usage d'appareils électriques (chauffage, cafetières...) et toute consommation d'alcool et de tabac sont interdits dans l'internat et sur l'ensemble du stage.

Les stagiaires perturbant le bon déroulement du séjour (propos déplacés, tenue incorrecte, gestes agressifs, emprunts injustifiés, ensemble de faits troublant la sécurité, la cohésion des groupes et les bonnes relations entre stagiaires) seront renvoyés du centre de vacances, sans indemnité ni remboursement d'aucune sorte.

L'accès est strictement interdit aux animaux domestiques.

INSCRIPTION

Le document d'inscription doit être expédié au Comité Départemental Handball qui en accusera réception par mail. Pour être acceptée, l'inscription devra être accompagnée d'un chèque d'arrhes d'un montant de 100€ et d'un chèque de complément de 300€ (ou 330€ si l'arrivée se fait le dimanche soir), à l'ordre du Comité, à valoir sur le coût total du stage. L'inscription au stage ne deviendra définitive qu'à réception de tous les documents y compris le certificat médical au 30 juin 2020 dernier délai. Le Comité pourra annuler l'inscription et donner la préférence à un autre enfant de la liste d'attente si cette modalité n'était pas respectée.

PAIEMENT

Conditions particulières du règlement : remboursement CE, chèques vacances... échancier de paiement.

Les remboursements éventuels auxquels le stagiaire et sa famille pourraient prétendre (CE...) ne peuvent être déduits du montant devant être acquitté.

Néanmoins, le Comité se réserve, seul, le droit de reporter une partie des paiements en fonction des modalités des remboursements attendus par le stagiaire.

Les chèques vacances sont acceptés comme paiement effectif déductible du montant de la facture.

De même le Comité Départemental de Handball peut, exceptionnellement, consentir à des paiements différés sous réserve d'un accord préalable au moment de l'inscription.

Le montant total du stage est à acquitter intégralement au dépôt du dossier.

DÉSISTEMENT

Annulation d'un stage :

- de l'inscription à 1 mois avant le stage, remboursement des arrhes.
- 3 semaines avant le début du stage : les arrhes sont dues
- moins de quinze jours avant le début du stage : le montant total est dû.

Le Comité départemental se réserve le droit d'annuler un stage et ce, sous préavis de huit jours francs, avec remboursement des sommes déjà avancées pour le stage.



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les parents et les tuteurs des stagiaires doivent renseigner une fiche sanitaire de liaison, informant le Comité Départemental :

- des traitements, soins, régimes et particularités d'ordre médical qui affectent les enfants.
- du numéro de sécurité sociale, adresse de la caisse maladie éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

Et autorisent le Comité à prendre toute mesure d'urgence jugée nécessaire par le corps médical.

Pour être inscrit au stage, chaque stagiaire devra fournir un certificat médical attestant d'une aptitude à la pratique sportive.

En cas d'accident ou de maladie, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des intéressés ou des familles pour les mineurs.

REMBOURSEMENT POUR CAUSES MÉDICALES EN COURS DE STAGE

Les inscriptions sont nominatives, elles ne peuvent être ni remboursées, ni échangées, ni reportées. Le coût du stage ne présage pas de la non-assiduité du stagiaire. Les arrêts en cours de stage dus à des causes médicales prévisibles n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.

Dans le cas d'un arrêt du stage sur avis du médecin pour une cause non prévisible, les jours de stage manquants sont remboursés. Les calculs du remboursement sont réalisés, uniquement à partir des factures émises par le Comité et acquittées par le stagiaire concerné.

AUTORISATION DES PARENTS

Les parents ou tuteurs légaux à la signature de la fiche de réservation, autorisent l'enfant à participer au stage et permettent au Directeur du stage de Vacances Handball ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgences concernant l'enfant en cas d'accident ou d'affection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

Fait à :

le :

Signature :

(Précédée de la mention "lu et approuvé")