



Ouvert aux enfants
Nés en 2005, 2006, 2007 et 2008

CAMP



20 au 24 août 2018
au CREPS de Bourges

JOURNÉE TYPE

Horaires	Activité
7h30-7h45	Lever
8h00	Petit déjeuner
9h00-9h30	Soins kiné Travail individuel de gestuelle de tir en autonomie
9h30-11h00	Travail par atelier
11h00-12h00	Concours
12h30	Étirements/soins/massages/repas
14h00-16h00	Activités extra basket ou repos – jeux calmes En prévision pour 2018 : piscine, sortie nautique et bowling
16h00	Goûter
17h00-19h00	Tournoi
19h30	Étirements/soins/massages/repas
20h30-22h00	Soirée à thème

INTERVENANTS

- Conseiller Technique Fédéral du Comité du Cher : Bruno GAUCHER
- Entraîneur diplômé, référent Pôle Technique 18
- Arbitre officiel, référent de l'Équipe Départementale des Officiels 18 (EDO)
- Entraîneurs des sélections du Cher U12 et U13
- Entraîneurs des clubs du département
- Élèves masseurs-kinésithérapeutes + Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État.

CONTACTS

- Jérôme CASSIOT, 06.49.62.26.45, j.cassiotcd18@gmail.com
- Philippe GRIMAL, 06.80.74.43.07, grimal.philippe@neuf.fr



INSCRIPTION

Photo pour
la licence
2018-2019

(Dossier complet à transmettre avant le 27 mai 2018)

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe¹: M F

Catégorie :

Club :

Si autre, précisez

Adresse :

Tél. mobile mère :

Tél. mobile père :

Tél. domicile :

Mél des parents :

J'ai bien noté que mon enfant se verra remettre :

- un sac à dos
- une serviette microfibre
- un ensemble réversible SPALDING (haut et bas) : taille¹ S M L XL

Pièces à fournir OBLIGATOIREMENT :

- fiche sanitaire
- fiche Cession des droits à l'image
- fiche Autorisation parentale
- demande de licence 2018-2019 comportant le certificat médical ou l'attestation questionnaire médical (après le 01/06/2018 par le biais de votre club).

Règlement

Je m'engage à régler¹, à l'inscription, la somme de 360 euros en :

Versement(s)¹ 1 2 3

Chèques vacances ANCV exclusivement

Chèque(s) à l'ordre du Comité du Cher de Basket-Ball

Je souhaite recevoir une attestation de règlement¹: Oui Non

Bulletin à renvoyer au :

Comité du Cher de Basket-Ball
CAMP BASKET 18
16 rue Emile Deschamps
18000 BOURGES

Fait à :

le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

¹Cocher la case correspondante

(Partie réservée au Comité)

Nom Prénom :

Documents fournis :

- Fiche sanitaire
- Cession des droits à l'image
- Autorisation parentale
- Licence de la saison en cours (2018-2019)

Règlement :

Date	Référence bancaires/Espèces/Autres	Montant



FICHE SANITAIRE

1. ENFANT

NOM-PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe¹ : M F

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	EFFECTUES ?	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Rubéole, Oreillons, Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
ou DT Polio	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
ou Tétracoq	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/>	Autres (préciser) :	<input type="text"/>

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Traitement médical :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour¹ ? 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).

Cocher l'une des 2 cases ci-dessous :

J'autorise
 Je n'autorise pas
 } un des membres de l'encadrement médical à donner à ma fille, mon fils : DOLIPRANE 300 ou SPASFON liquide

Aucun autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Antécédents : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Scarlatine ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Otite ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Varicelle ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Coqueluche ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Rougeole ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Angine ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Oreillons ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

¹ Cocher la case correspondante

Allergies :

Asthme ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Médicamenteuses ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Alimentaire ¹ : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autres : <input type="text"/>

Autres :

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 lit¹ ? Non Occasionnellement Oui
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée¹ ? Non Oui

5. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse (durant le séjour) :

Numéros de téléphone :

Parent 1 : dom. :

port. :

trav. :

Parent 2 : dom. :

port. :

trav. :

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 :

¹Cocher la case correspondante



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

Né(e) le :

à :

Et demeurant :

Autorise mon enfant à :

- Participer aux diverses activités basket (entraînements, concours, matchs, tournois, etc.),
- Se déplacer en véhicules de l'organisation (minibus, grand bus, voitures particulières) pour rejoindre les lieux de pratique basket-ball ou des activités extra-basket,
- Participer aux activités extra-basket, sous la responsabilité de l'encadrement du CAMP BASKET 18 ou des professionnels encadrant ces activités (maîtres-nageurs, entraîneurs, masseurs-kinésithérapeutes, encadrants, etc.).

J'accorde aux membres de l'encadrement du CAMP BASKET 18 et aux représentants du Comité du Cher de Basket-Ball, la possibilité de renvoyer mon enfant si son attitude et/ou son comportement perturbe le bon déroulement de celui-ci.

Dans cette hypothèse, je m'engage à venir récupérer mon enfant au plus vite, et à mes frais. Enfin, je ne pourrais prétendre à un remboursement de tout ou partie des droits d'inscription versés initialement.

Fait à :

, le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



CESSION DE DROITS À L'IMAGE

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

Né(e) le :

à :

Et demeurant :

Conformément à l'article 9 du Code Civil sur « le droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du Code de la Propriété Intellectuelle,

Cède le droit à l'image de mon enfant, et autorise, irrévocablement le Comité du Cher de Basket-Ball, à conserver, divulguer, publier, diffuser ou exploiter les photos et vidéos réalisées lors du CAMP BASKET 18, organisé par le Comité du Cher de Basket-Ball du 20 au 24 août 2018, au CREPS de Bourges.

Je sais que ces photos et vidéos pourront être utilisées par le Comité du Cher de Basket-Ball, dans leur intégralité ou par extrait, en l'état ou modifiées, pour une durée illimitée à compter du 20 août 2018, date de début de la manifestation, et ce sur l'ensemble du territoire français (Métropole et DOM-TOM).

J'accorde au Comité du Cher de Basket-Ball, l'exclusivité des droits de reproduction et de représentation sur les photos et vidéos, objet du présent contrat, sur tous les supports : sites Internet, pages des réseaux sociaux, presse locale, etc. Pour toute utilisation, et à quelque titre que ce soit, dans le cadre de toutes les opérations que le Comité du Cher de Basket-Ball décidera de réaliser (notamment à des fins promotionnelles et/ou commerciales et/ou publicitaires), sous toutes formes.

Cette session de droit à l'image s'effectue sans aucune contrepartie financière.

Fait à :

, le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »