



Ouvert aux enfants
Nés en 2006, 2007, 2008 et 2009







19 au 23 août 2019
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 |
| 9h30-10h00 | École de courses en extérieur |
| 10h00-11h00 | Travail par atelier |
| 11h00-12h00 | Concours |
| 12h30 | Étirements/soins/massages/repas |
| 14h00-16h00 | Activités extra basket ou repos – jeux calmes En prévision pour 2019 : piscine, sortie nautique et bowling |
| 16h00 | Goûter |
| 17h00-19h00 | Tournoi |
| 19h30 | Étirements/soins/massages/repas |
| 20h30-22h00 | Soirée à thème |

INTERVENANTS

-  Le Conseiller Technique Fédéral du Cher (CTF) Bruno GAUCHER et le CTF de l'Indre Ashvin CHUTTUR
-  Entraîneurs des sélections du Cher et de l'Indre U12 et U13
-  Entraîneurs des clubs du Berry
-  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
2019-2020

(Dossier complet à transmettre avant le 30 juin 2019)

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe:

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) : taille (adulte)

Pièces à fournir OBLIGATOIREMENT :

- fiche sanitaire
- fiche Cession des droits à l'image
- fiche Autorisation parentale
- demande de licence 2019-2020 comportant le certificat médical ou l'attestation questionnaire médical (après le 01/07/2019 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 BASKETBALL BERRY
16 rue Emile Deschamps
18000 BOURGES

Fait à :

le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

(Partie réservée au Comité)

Nom Prénom :

Documents fournis :

- Fiche sanitaire
- Cession des droits à l'image
- Autorisation parentale
- Licence de la saison en cours (2019-2020)

Règlement :

| Date | Référence bancaires/Espèces/Autres | Montant |
|-------------|---|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |



FICHE SANITAIRE

1. ENFANT

NOM-PRÉNOM :

| | |
|-------------------|--------|
| | |
| Date de naissance | Sexe : |

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 |
|----------------------|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|
| Diphtérie | <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 :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> J'autorise <input type="radio"/> 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 |

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 BASKETBALL BERRY ou des professionnels encadrant ces activités (maîtres-nageurs, entraîneurs, masseurs-kinésithérapeutes, encadrants, etc.).

J'accorde aux membres de l'encadrement du CAMP BASKETBALL BERRY et aux représentants des Comités du Cher et de l'Indre 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 et le Comité de l'Indre de Basket-Ball, à conserver, divulguer, publier, diffuser ou exploiter les photos et vidéos réalisées lors du CAMP BASKETBALL BERRY, organisé par les Comités du Cher et de l'Indre de Basket-Ball du 19 au 23 août 2019, au CREPS de Bourges.

Je sais que ces photos et vidéos pourront être utilisées par le Comité du Cher et le Comité de l'Indre de Basket-Ball, dans leur intégralité ou par extrait, en l'état ou modifiées, pour une durée illimitée à compter du 19 août 2019, date de début de la manifestation, et ce sur l'ensemble du territoire français (Métropole et DOM-TOM).

J'accorde aux Comités du Cher et de l'Indre 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 ces Comités décideront 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 »