



**STAGE ATHLÉTISME / MULTISPORTS DU
16 AU 20 AVRIL 2018
DOSSIER D'INSCRIPTION**

Pour toutes informations complémentaires

Organisateur du stage : Frédéric VAGNINI

frederic@ahsa-athletisme.com tel 07.68.11.14.72

AHSA : info@ahsa-athletisme.com

04.50.46.92.87



INFORMATIONS

Anancy Haute Savoie Athlétisme organise, durant les vacances de Pâques 2018, un stage d'athlétisme multisports, ouvert aux enfants âgés de 8 ans à 13 ans.

Au menu de ce stage : découverte de l'athlétisme au travers des différentes spécialités athlétiques et pratique d'une multitude d'autres sports sous forme ludique et conviviale.

DATES
Du 16/04/2018 au 20/04/2018 inclus

PRIX
100€ (Repas du midi non pris en charge, goûter fourni)

HORAIRES (Planning prévisionnel)	
9h00-9h30	Accueil des enfants
9h30-11h45	Athlétisme : Découverte et/ou Perfectionnement
11h45-13h30	Repas tiré du sac et temps libre
13h30-16h30	Activités diverses - Multisports
16h30-17h00	Goûter et fin de la journée

ENCADREMENT
Frédéric VAGNINI – Maîtrise STAPS (Education et motricité) / Educateur Sportif
Flore KRAKRE – en formation BPJEPS Activités Physiques Pour Tous

CONDITIONS :

- **L'inscription sera validée dès réception du dossier COMPLET comprenant la fiche de renseignement ci-jointe, la fiche sanitaire, la photocopie de la licence ou la photocopie de l'attestation d'assurance extrascolaire (RC) et le règlement de 100€ à l'ordre d'Anancy Haute Savoie Athlétisme.**
- Les inscriptions seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée des règlements (cachet de la poste faisant foi), dans la limite des 25 places disponibles.
- Les dossiers sont à envoyer à : STAGE MULTISPORTS, ANNECY HAUTE SAVOIE ATHLETISME, 1 Rue Pierre de Coubertin, 74000 ANNECY
- Informations complémentaires : frederic@ahsa-athletisme.com ou au 07.68.11.14.72



FICHE DE RENSEIGNEMENT

STAGIAIRE

Garçon Fille

Nom de l'enfant (majuscules) :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): __ / __ / ____ Club

Numéro de licence :

Adresse :

..... Code postal : Ville :

PARENTS

Nom et prénom du responsable légal :

.....

Adresse :

..... Code postal : Ville :

Tél. domicile :

Tél. bureau :

Tél. Portable :

Adresse e-mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme, Mr :

Responsable de l'enfant

✚ Autorise mon enfant à se déplacer dans le cadre des activités proposées lors du stage en prenant place dans un bus (SIBRA). OUI NON

✚ Autorise les responsables du stage à filmer ou photographier mon enfant lors des animations et à utiliser gracieusement ces images pour la réalisation et l'exploitation (reproduction et représentation) de films non commerciaux dont l'unique but est la promotion de la pratique de l'athlétisme au sein d'AHSA, ceci sur tous supports et en tous formats pour une durée illimitée sauf dénonciation de ma part. OUI NON

✚ Atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager et peut participer aux activités aquatiques OUI NON

✚ Autorise, dans le cas où je ne pourrais être joint par téléphone, les responsables du stage à prendre toutes dispositions pour apporter les premiers soins à mon enfant en cas de blessure et le faire transporter si nécessaire, soit (rayer les mentions inutiles) :
1) chez un médecin ;
2) à l'hôpital d'Annecy ;
3) à la polyclinique de ; OUI NON

✚ Fait à le

✚ Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »)



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFAN°85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

II. VACCINATIONS

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		___/___/___
Du DT coq		___/___/___
Du Tétracoq		___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___		___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTIF | FMEFNT | ENFANT SUII-II | IN TRAITFMEFNT ? non oui
SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :
DATE :

PARTIE RESERVEE AL'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)



ARRIVEE LE ___/___/___
DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n°de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....
.....
.....

PLANNING PREVISIONNEL

(Sous réserve de modification)

Stage Multisports – 16 au 20/04/2018

Annecy Haute Savoie
Athlétisme

	Lundi 16 Avril	Mardi 17 Avril	Mercredi 18 Avril	Jeudi 19 Avril	Vendredi 20 Avril
HORAIRE					
09:00 - 09:30	<i>Accueil des enfants</i>	<i>Accueil des enfants</i>	<i>Accueil des enfants</i>	<i>Accueil des enfants</i>	<i>Accueil des enfants</i>
09:30 - 11:45	JEUX ATHLETIQUES	ATHLETISME - SAUTS	ATHLETISME - COURSES	BOWLING	JEUX OLYMPIQUES
<i>11:45 - 13:30</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>
13:30 - 14:00	Repos - Temps libre	Déplacement	Repos - Temps libre	Repos - Temps libre	<i>Repos – Temps libre</i>
14:00 - 16 :30	SPORTS COLLECTIFS	JEUX DE PISTE	INITIATION AUX PREMIER SECOURS	ATHLETISME - LANCERS	JEUX OLYMPIQUES
16:30 - 17:00	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter
17:00	<i>Fin de la journée</i>	<i>Fin de la journée</i>	<i>Fin de la journée</i>	<i>Fin de la journée</i>	<i>Fin du stage</i>