



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### CAMP COMITÉS SUD BASKET

DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 AOÛT 2024

**Votre dossier doit être complet et renvoyé avant le 30 juin 2024**

A retourner au Comité des Alpes du Sud de Basketball  
Bâtiment "Le Neptune" 140 Boulevard Georges Pompidou 05000 GAP  
Dûment rempli, signé et accompagné des chèques correspondants à l'ordre du comité 13  
ou par virement de la totalité du montant





# DOSSIER CAMP COMITE SUD BASKET

NOM : ..... PRÉNOM : ..... CLUB : .....

**DIMANCHE 18 AOUT 2024 13H00 au SAMEDI 24 AOUT 2024 12H00**

FORMULE : SOLO  TEAM  FAMILLE

INSCRIPTION : Pension Complète  Demi-Pension

PIÈCES À REMPLIR ET À FOURNIR :

Fiche d'inscription et Autorisation parentale

Fiche sanitaire

Attestation d'assurance

Photocopie Carte d'identité de l'enfant

Photocopie Carte Sécurité Sociale et Mutuelle

Règlement : .....

➤ **Possibilité de paiement en plusieurs fois avec règlement du solde au 30 juin 2024 dernier délai. (Mettre tous les chèques dans l'enveloppe avec les dates d'encaissements au dos)**

➤ **Paiement par virement en une seule fois avec comme indication [Camp Sud-Nom-Prénom-N° Licence]**

**IBAN FR76 3007 7049 8810 6290 0020 028**

**BIC SMCTFR2**

➤ **Faire la photocopie recto/verso de la Carte Collégien Provence, si vous utilisez ce moyen de paiement.**

Partie réservée au Comité

Chèques  - Chèques Vacances  - Carte Collégien Provence  - Virement Bancaire

.....  
.....



## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ETE 2024

Pension Complète : Du Dimanche soir au samedi 8h30

Demi-Pension : Du Lundi 12h00 au vendredi 12h00.

**Tous les Prix s'entendent PAR ENFANT**

Pension complète :

Demi- pension :

« SOLO » : **400€**

« SOLO » : **300 €**

« FAMILLE » ou « TEAM » : **350 €**

« FAMILLE » ou « TEAM » : **250 €**

2 enfants et +

2 enfants et +

**Inscriptions dans la même enveloppe**

FAMILLE : 2 enfants de la même famille

TEAM : 2 enfants du même club

### MODE DE REGLEMENT :

- Chèques Bancaire ou postal
- Chèques Vacances
- Carte Collégien de Provence
- Paiement par virement en une seule fois avec comme indication [Camp Sud-Nom-Prénom-N° Licence]
- IBAN FR76 3007 7049 8810 6290 0020 028 BIC SMCTFR2

4 chèques maximum (encaissement : le 5 de chaque mois ou fin de mois paiement total avant le 30 juin)

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : ..... Sexe :  F  M

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone domicile : ..... Tél mobile : .....

Email : ..... Taille : ..... Taille Tee-shirt :  S  M  L  XL  XXL  XXXL

Licencié FFBB : OUI  CLUB : ..... N° de licence : .....  
NON

JOUEUR : Niveau Débutant  Départemental  Régional  National

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M./Mme Père/Mère/Tuteur de : .....

N° Sécurité Sociale :

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.

- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.

- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Camp Comités Sud Basket, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

Date :

Signature :

# AUTORISATION PARENTALE

N° SÉCURITÉ SOCIALE : ...../...../...../...../...../...../...../

N° LICENCE : .....

NOM et PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE COMPLETE :

.....

.....

N° DE TELEPHONE : ...../...../...../...../..... OU ...../...../...../...../.....

Je soussigné **Madame et Monsieur**

.....

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.
- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.
- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Camp Comités Sud Basket, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

Les responsables de la délégation ou le médecin, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MÉDICAL.

Fait à : .....

Le : .....

**Signature des parents ou tuteurs (2)**

(1) **Rayer la mention inutile**

(2) **Faire précéder les signatures de la mention 'LU ET APPROUVÉ'**



# CAMP COMITÉS SUD BASKET

## TROUSSEAU

- 7 à 8 caleçons ou culottes
  - 7 à 8 paires de chaussettes
  - 7 à 8 tee-shirts pour entraînement
  - 4 à 5 shorts d'entraînement
  - 2 paires de basket (une pour gymnase et une pour terrains extérieurs)
  - 1 paire de sandales ou claquettes
  - 1 nécessaire de toilette
  - 1 à 2 serviettes de toilette
  - 2 tenues pour les temps extra sportif.
  - 1 tenue pour la boum du jeudi soir
  - 1 maillot de bain
  - 1 serviette plage
  - 1 pull
  - 1 veste
  - 1 casquette
  - 1 gourde
  - 1 lunette de soleil
  - 1 crème solaire
  - 1 réveil (si possible)
  - une paire de drap petit lit (90 X 180) ou un sac de couchage
  - une housse de polochon (pas d'oreiller fourni)
  - un cadenas éventuellement car casier de rangement mis à disposition.
  - un rouleau de strapping
  - une vessie pour mettre des glaçons.
- Nous vous conseillons de lister et de marquer vos vêtements et de laisser les objets de valeur à la maison. (Attention : pas de lavage possible)

Une buvette (suivant les horaires) sera à leur disposition sur le camp durant toute la durée du stage.

Pour tout ce qui est extérieur au besoin du camp nous nous déchargeons de toutes responsabilités.

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 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  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (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)

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 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

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

**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 :** (Indiquez en cas de regime alimentaire)

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  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 A L'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)

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