

Bulletin d'inscription
CEP Basket Camp - 07/04 - 11/04/ 2025

Date limite d'inscription : 14/03/2025

NOM + Prénom : _____

Date de naissance : _____

Licencié à : _____

Adresse postale : _____

Mail : _____ Tél : _____



Formule : 215€ 255€ (avec sweat du camp)

Règlement : Chèque Carte bancaire
 Virement Espèce
 Coupons sports Chèques vacances

Plusieurs sortes de paiements possibles

Pièce à joindre au dossier (**le dossier doit être retourné complet pour valider votre inscription**) :

- certificat médical de non contre indication ou photocopie de la licence FFBB (pour les non licenciés au CEP)
- fiche sanitaire de liaison.

Autorisation parentale / Assurance / Droit à l'image :

NOM (du responsable) : _____ prénom _____
Je soussigné(e) – père, mère, tuteur de : Autorise la participation de _____ au
CEP BASKET CAMP, pour l'édition 2025

Je déclare que mon enfant répond aux conditions de santé exigées (fiche sanitaire à joindre impérativement au dossier d'inscription).

J'autorise le responsable du séjour à lui faire donner tous les soins, traitements médicaux ou hospitalisation rendu nécessaire. Je m'engage à assurer les remboursements des frais avancés le cas échéant.

J'autorise que des photos ou films pris pendant le camp puissent être utilisés sur tous supports (site, Facebook, Twitter, Youtube, ...) diffusés par le CEP Lorient Basketball.

En cas d'opposition, merci de joindre un courrier écrit avec le bulletin d'inscription.

DATE

SIGNATURE (précédé de la mention « lu et approuvé »)

REGLEMENT INTERIEUR

NOM & PRENOM DU STAGIAIRE :

I - LES OBLIGATIONS

- Respecter les joueurs, entraîneurs, ainsi que toutes personnes liées au camp (cuisinier, femme de ménage,...)
- Saluer toutes les personnes que vous croisez sur le camp, soyez polis et comportez vous en jeune gens responsables.
- Respecter les infrastructures et le matériel.
- Respecter les horaires fixés.
- Porter le T-shirt du camp dans les lieux de vie commune et les déplacements (Ne pas le porter pour les entraînements)
- Aidez sans que l'on vous le demande à ranger le matériel.
- En cas de fatigue trop importante, blessure ou maladie, en informer immédiatement le responsable.
- Prenez soin de vos affaires et rangez vos objets précieux pour éviter les vols.

Tout manquement au respect de ces obligations sera puni par les responsables du camp proportionnellement à la gravité de la faute commise. La répétition de ce genre d'écart au cours du stage pourra entraîner un renvoi définitif.

II - LES INTERDICTIONS

- Interdiction formelle de sortir des différents complexes sans l'autorisation d'un responsable.
- Alcool, cigarettes et substances illicites interdites.
- Interdiction de se battre, de voler.

Dans le self-service :

- Les casquettes ou chapeaux, écouteurs et portables sont interdits lors des repas.
- Aucun jeu avec la nourriture ne sera toléré.
- Les bousculades sont interdites

Tout manquement au respect de ces interdictions entrainera un renvoi définitif.

Nous rappelons que le camp n'est pas ouvert au public, en conséquence toute personne étrangère au camp sera immédiatement renvoyée, qui plus est en cas de présence dans les infrastructures (sportives, restauration ou hébergement). Merci de votre compréhension.

III – CONSEILS

- Prenez une douche après chaque entraînement.
- Pensez à faire sécher vos réversibles.
- Essayer d'avoir une hygiène de vie de sportif de haut niveau (manger équilibré et suffisamment, boire beaucoup d'eau, dormir assez, s'étirer régulièrement).
- Penser à mettre des claquettes a chaque fin d'entraînement pour faire respirer vos pieds un maximum.
- Faites-vous plaisir et profitez du stage tout en respectant le règlement intérieur.
- Venez nous parler au moindre souci, on est là pour ça !

Signatures & Mention « lu et approuvé » parent + stagiaire



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____

Accueil : _____ Dates du séjour : _____
 séjour de vacances
 accueil de loisirs
 séjour dans une famille

Adresse : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	no	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	no	Date
		n				n	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

Je soussigné, 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : _____

Observations : _____

