



CAMP **ARBITRE** *DÉPARTEMENTAL*

DU 10 AU 14 JUILLET 2023

SAINT-GILLES CROIX DE VIE

250€ AVEC HÉBERGEMENT

JOURNÉE TYPE

9H30 - 12H00
SÉANCE ARBITRAGE TERRAIN

14H00 - 16H00
ATELIER VIDÉO / QCM

16H20 - 18H30
E-LEARNING

20H00 - 22H00
ARBITRAGE MATCHS

Pour plus d'informations :
accueilcomite@basket85.fr ou au 02.51.44.27.12



CAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL
10 AU 14 JUILLET 2023
SAINT-GILLES CROIX DE VIE



FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

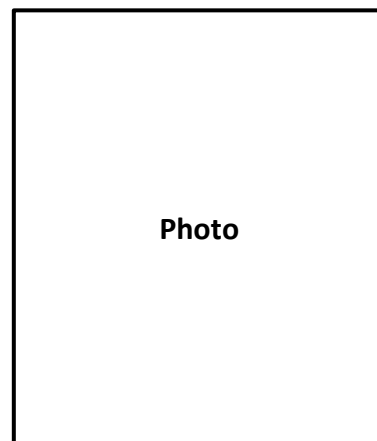
Né(e) le : _____

Adresse : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Club Basket : _____



Niveau de basket :

Départemental ☐ Régional ☐ National ☐

Hébergement obligatoire :

CFA-MFR Saint-Gilles Croix de Vie
51 Rte de la Roche-sur-Yon
85800 SAINT-GILLES CROIX DE VIE
Tél : 02 51 55 52 12

Financement :

- 250€ avec hébergement

Fiche à renvoyer :

- Par mail : accueilcomite@basket85.fr
- Par courrier

Comité Vendée Basketball :
202 Boulevard Aristide Briand
BP 694 – 85017 LA ROCHE SUR YON

Accompagnée d'un chèque de 250€ à l'ordre du Comité de Vendée de Basketball,
ou par virement bancaire (précisez le nom-prénom du stagiaire).

Facilité de paiement (3 fois) contactez le Comité.

Je soussigné(e) : Monsieur, Madame : _____

Mère, Père, Tuteur de : _____

Autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____

Signature : _____

Maison des Sports – 202 Boulevard Aristide Briand – BP 694 – 85017 LA ROCHE SUR YON CEDEX
Tel : 02 51 44 27 13 – E-mail : accueilcomite@basket85.fr – www.basket85.fr



@vendee_basketball



Vendée Basketball



CAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL
10 AU 14 JUILLET 2023
SAINT-GILLES CROIX DE VIE



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Monsieur, Madame : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Autorise mon enfant :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

À prendre le bus ou transport privé : OUI ☐ **NON** ☐

À être transporté(e) en voiture particulière : OUI ☐ **NON** ☐

Fait à : _____ **Le :** ____/____/____

Signature :

Maison des Sports – 202 Boulevard Aristide Briand – BP 694 – 85017 LA ROCHE SUR YON CEDEX
Tel : 02 51 44 27 13 – E-mail : accueilcomite@basket85.fr – www.basket85.fr



@vendee_basketball



Vendée Basketball

CAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL
10 AU 14 JUILLET 2023
SAINT-GILLES CROIX DE VIE

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM et Prénom du stagiaire : _____

Date de naissance : ____/____/____

Sa taille : _____

Veuillez nous préciser sa taille pour :

- | | S | M | L | XL |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Tee-shirt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Short | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Nom, N° de téléphone et adresse de votre médecin traitant :

Nom et N° de téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

Précisé les maladies ou allergies de votre enfant demandant des soins particuliers :

Prend-il un traitement actuellement ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez : _____

Votre enfant suit un régime particulier ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez : _____

Fait à : _____ Le : ____/____/____

Signature :