Une image contenant diagramme

Description générée automatiquement

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL**

**10 AU 14 JUILLET 2023**

**SAINT-GILLES CROIX DE VIE**

**FICHE D’INSCRIPTION**

**Photo**

**NOM :**

**Prénom :**

**Sexe : Masculin Féminin**

**Né(e) le (avant le 31/08/2007) :**

**Adresse :**

**Tél :**

**E-mail :**

**Club :**

**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 (chèque, virement, chèque vacances, coupons sports, prise en charge CE)

**Fiche à renvoyer (au plus tard le 25 juin 2023) :**

* Par mail : [accueilcomite@basket85.fr](mailto:accueilcomite@basket85.fr)
* Par courrier :

Comité de Basketball de Vendée

202 Boulevard Aristide Briand

BP 694 – 85017 LA ROCHE SUR YON

**Accompagnée du règlement de 250€ à l’ordre du Comité de Vendée de Basketball (si virement, 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 décisions urgentes quant à l’état de santé de mon enfant.

**Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :**

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP 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 :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prend-il un traitement actuellement ? OUI  NON**

**Si oui, précisez : \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Votre enfant suit-il un régime particulier ? OUI  NON**

**Si oui, précisez : \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**Signature :**

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP 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 **

**Droit à l'image :**

Acceptez-vous la diffusion de photos/vidéos sur les réseaux sociaux du Comité Vendée Basketball ?  **OUI  NON **

**Le Comité Vendée Basketball décline toutes responsabilités en cas de perte ou de vol.**

**Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**Signature :**