**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL**

**8 AU 12 JUILLET 2024**

**SAINT GILLES CROIX DE VIE**

**FICHE D’INSCRIPTION**

**Photo**

**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 route 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](mailto: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 « nom-prénom du stagiaire-camp arbitres »).**

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 :**

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL**

**8 AU 12 JUILLET 2024**

**SAINT GILLES CROIX DE VIE**

**En participant à ce Camp, mon objectif est de devenir un futur arbitre officiel qui va être désigné sur des matchs officiels de jeunes régions ou de séniors départementaux.**

**Combien de matchs as-tu arbitré cette saison ?**

**Sur quelles catégories ?**

**U11 : OUI  NON **

**U13 : OUI  NON **

**U15 : OUI  NON **

**U17 : OUI  NON **

**U18 : OUI  NON **

**U20 : OUI  NON **

**Séniors : OUI  NON **

**Est-ce que vous arbitrez pendant les séances d’entraînements ?**

**OUI  NON **

**Dites-nous-en quelques mots pourquoi vous voulez devenir arbitre officiel ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL**

**8 AU 12 JUILLET 2024**

**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 :**

**Une image contenant logo

Description générée automatiquementUne image contenant logo

Description générée automatiquementCAMP ARBITRE DÉPARTEMENTAL**

**8 AU 12 JUILLET 2024**

**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 nécessitant 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 :**