

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

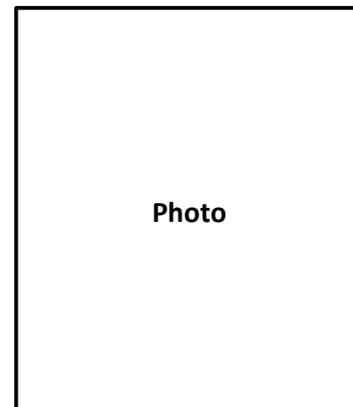
Né(e) le : _____

Adresse : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Club Basket : _____



Niveau de basket :

Départemental Régional National

Hébergement obligatoire :

CFA-MFR Saint-Gilles Croix de Vie
51 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
- 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 :



CAMP 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 ?

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 :

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM et Prénom du stagiaire : _____

Date de naissance : ___/___/_____

Sa taille : _____

Veillez 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 :