Dossier d'inscription

# BASKET CAMPS

## Occitanie Basketball

## EDITION 2021

**ENTRE LE 11/07/21 ET LE 20/08/21**

*Ordino; ANDORRE / Arles sur Tech (66)*

**3 SEMAINES DE CAMPS CET ÉTÉ !**

OCCITANIE BASKETBALL

# RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ANDORRE
Les enfants seront hébergés à l'Hôtel La Planada, plus d'informations :
http://www.hotellaplanadaordino.com/
Lien pour voir les installations du Centre Esportiu : https://www.ceo.ad/ca/

ARLES SUR TECH
Lien pour voir les installations du Centre Sud Canigo : https://www.centresudcanigo.com/

---

Pour le séjour, il est nécessaire de vous munir d'affaires de toilette, 1 serviette de bain, un maillot de bain, un bonnet de bain (obligatoire pour la piscine), une gourde, une paire de claquettes ou tongs, des habits chauds pour le soir. Prévoir suffisamment de rechange pour les entraînements (3/4 par jour).

ATTENTION : pour les téléphones portables des enfants qui vont en Andorre, prévoir un forfait pour l'étranger.

La réalisation des stages se fera :
- Sous réserve des conditions sanitaires
- Sous réserve du nombre d'inscrits sur la semaine choisie

◊ TARIF - 415 euros

- A nous retourner

✓ Copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle figure le nom de l'enfant (carte européenne) ;
✓ Certificat médical de non-contre-indication à la pratique du Basketball ou copie de la licence 2020-2021 ;
✓ Attestation de la responsabilité civile des parents sur laquelle figure le nom de l'enfant ;
✓ Fiche sanitaire ;
✓ Autorisation de sortie du territoire ;
✓ Règlement intérieur du camp complété et signé.

# FICHE D'INSCRIPTION

**SEMAINE** ☐ 1 (11 au 16 juillet 2021 – né(e)s en 2010 à 2002)

☐ 2 (27 juillet au 1er août 2021 – né(e)s en 2010 à 2002)

☐ 3 (15 au 20 août – né(e)s en 2010 à 2002)

Option prise en charge Transport (semaine 2 uniquement) : Oui – Non

Si oui : Aller-Retour - Aller uniquement - Retour uniquement

Lieu de prise en charge : Montpellier Près d'Arènes - Narbonne Sud - Nailloux

NOM : Prénom :

Née le : à

Club :

Niveau de jeu : Départemental Régional France

Adresse postale :

Ville : Code Postal :

Nom Parents (ou représentant légal) : ……

Téléphone domicile :

Téléphone mobile : père : …… mère :……..

Email (des parents) : @

N° Sécurité Sociale du parent prenant en charge l'enfant : ……

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et Numéro) :

**Taille** pour Tee-shirt (entourer la taille choisie) S - M - L - XL - XXL – XXXL

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M, Mme……..

Père/Mère/Tuteur* du stagiaire ……

- Certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile (joindre l'attestation d'assurance)
- Autorise toute intervention chirurgicale, anesthésie comprise, rendue nécessaire par l'urgence
- Accepte de rembourser les frais médicaux ou hospitaliers engagés par la Ligue Occitanie de Basket-ball pour mon enfant
- Autorise mon enfant à se baigner à la piscine (sous surveillance du personnel compétent).
- Prends note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon déroulement de celui-ci, et que ce renvoi de son fait ne donne droit à aucun remboursement et que ses parents doivent venir le chercher à leurs frais. (Pas d'alcool, pas de tabac, les objets de valeurs sont sous la responsabilité de votre enfant, pas de sortie non encadrée, respect du règlement intérieur).

Fait à ……le ……/……../……

Signature

*RAYER LA MENTION INUTILE

Je joins à l'inscription :

* 3 chèques à l'ordre de la « **Ligue Occitanie de Basket Ball »** :

1 chèque d'un montant de 175 euros

2 chèques d'un montant de 120 euros

* 1 chèque de 30€ (aller uniquement) si vous choisissez de prendre l'option transport en Bus pour une prise en charge de votre enfant sur la semaine 2 à Montpellier, Narbonne ou Nailloux jusqu'au lieu du stage. *ATTENTION - La législation en matière de sécurité routière ne nous autorise pas à mettre à disposition un bus pour le retour, une mise en relation des participants peut être effectuée pour faciliter le covoiturage.*

Mentionner au dos de chaque chèque les dates d'encaissement dont la limite est fixée au 2 juillet 2021. **VOTRE INSCRIPTION NE SERA VALIDEE QUE LORS DE LA RECEPTION DU DOSSIER COMPLET.**

Ligue Occitanie Basketball
Chemin des Jardins de Maguelone
34970 MAURIN
Tél : 04 67 47 50 40 / 07 66 16 97 80
Email : camp@occitaniebasketball.org

# RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

## Assurance des stagiaires

Toute personne fréquentant le camp organisé par la Ligue Régionale Occitanie de basket-ball doit être couverte par une assurance, notamment en matière de responsabilité civile de particulier et individuel accident. La Ligue Régionale Occitanie de basket-ball dégage toute responsabilité en cas de vol, de dégradation de biens personnels ainsi que des dommages physiques dus à l'utilisation des installations et des services.

## Règlement lié à la pratique sportive

La pratique se déroule dans le respect d'autrui, des règles énoncées par les différents éducateurs. Je ne porterai pas atteinte à la sécurité d'autrui.

## Règles de la vie quotidienne

Toute sortie est encadrée par un éducateur avec l'accord du directeur. Ni alcool, ni tabac ne sont tolérés. Chacun des stagiaires est responsable de son argent de poche et de leurs effets personnels (téléphone, ipod...).

## Paiement

L'inscription est définitive dès la réception du dossier et du paiement complet du camp, soit 415 € (possibilité d'envoyer 3 chèques : un de 175 € et deux autres de 120 € en mettant au dos les mois d'encaissement) + les frais de transports 30€ (aller uniquement) pour ceux qui ont choisi de prendre le bus mis en place par la Ligue.

Les parents doivent remplir et fournir la fiche sanitaire et les différentes autorisations.

Autorisations : entourez votre choix

- ✓ J'autorise mon enfant à l'accès de la piscine (Surveillance assurée) OUI - NON
- ✓ J'autorise mon enfant à pratiquer du renforcement musculaire encadré (travail de posture, travail de motricité, de vélocité et d'appuis) OUI - NON
- ✓ Dans le cadre du Camp d'été de la Ligue de Basket, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo ou être filmé et sa photo publiée sur le site de la ligue ou Facebook (Toujours des photos où ils sont plusieurs, jamais de photo individuelle) OUI - NON

Je, soussigné(e), M. Mme …… parent(s) ou responsable légal

du mineur autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux.

Je garantis le producteur contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à faire valoir sur la présente autorisation de diffusion.

En cas de non-respect de ces différents points du règlement, votre enfant peut être renvoyé du camp.

Mon enfant est inscrit au Camp, nous avons pris connaissance du règlement intérieur.
J'ai lu, et j'accepte le règlement intérieur de ce camp.

Date :

| | |
|---|---|
| Nom, prénom | Nom, prénom |
| Signature du ou des responsables légaux : | Signature du stagiaire |
| Lu et accepté, | Lu et accepté |

# CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du basket.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Fait à le

Signature et cachet du médecin

# AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION

(Pour les enfants mineurs)

Dans le cadre du Camp d'été en Andorre de la Ligue d'Occitanie de Basketball, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo ou être filmé… et sa photo publiée sur le site de la ligue ou Facebook (toujours des photos en petits ou grands groupes, jamais de photo individuelle).

Je, soussigné(e), M. Mme …… parent(s) ou responsable légal

du mineur …… demeurant au ……

autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux.

Je garantis le producteur contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à faire valoir sur la présente autorisation de diffusion.

| La mère | Le père | Le responsable légal |
|---|---|---|
| Nom, prénom :<br><br>date et signature : | Nom, prénom :<br><br>date et signature : | Nom, prénom :<br><br>date et signature : |

Je, soussigné(e), ……, autorise la diffusion d'images me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

Date et signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| **Ou** DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| **Ou** Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ❑ non ❑

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | |

**ALLERGIES** : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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.*

Date : Signature :

---

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 15646*01

# AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST) D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

*(article 371-6 du code civil ; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation de sortie du territoire d'un mineur non accompagné par un titulaire de l'autorité parentale ; arrêté du 13 décembre 2016)*

## 1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....

Pays de naissance : .....

## 2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....

Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....

Pays de naissance : ..... Nationalité : .....

Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :

❑ Père ❑ Mère ❑ Autre (préciser) : .....

Adresse : ..... ..... ..... .....
N° (*bis, ter*) Type de voie Nom de la voie

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Pays : .....

Téléphone *(recommandé)* : __ __ /__ __ /__ __ /__ __ /__ __

Courriel *(recommandé)* : .....

## 3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_| inclus.

Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.

*Exemple : une autorisation signée le 1er septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.*

## 4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »[1] :

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature du titulaire de l'autorité parentale :

[1] *Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.*

## 5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION [1] :

Type de document (cocher la case) : ❑ Carte nationale d'identité ❑ Passeport ❑ Autre

(Préciser : .....)[2]

Délivré(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Par (autorité de délivrance) : .....

[1] *La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.*

[2] *Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans ; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité ; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.*

**RAPPEL :** « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »