



DOSSIER D'INSCRIPTION

DRILL CAMP

DU DIMANCHE 07 JUILLET AU SAMEDI 13 JUILLET 2024

Votre dossier doit être complet et renvoyé avant le 31 mai 2024

A retourner au Comité Départemental des Bouches Du Rhône de Basketball –
1686 Chemin de Sauvecanne – 13320 Bouc Bel Air
Dûment rempli, signé et accompagné des chèques correspondants à l'ordre du comité 13



DOSSIER DRILL CAMP 2024



NOM : PRENOM : CLUB :

DIMANCHE 07 JUILLET 2024 13H00 au SAMEDI 13 JUILLET 2024 12H00

FORMULE : SOLO TEAM FAMILLE

INSCRIPTION : Pension Complète Demi-Pension

PIECES A REMPLIR ET A FOURNIR :

- Fiche d'inscription et Autorisation parentale
- Fiche sanitaire
- Attestation d'assurance
- Photocopie Carte d'identité de l'enfant
- Photocopie Carte Sécurité Sociale et Mutuelle
- Règlement :

➤ Possibilité de paiement en plusieurs fois avec règlement du solde au 31 mai 2024 dernier délai. (Mettre tous les chèques dans l'enveloppe avec les dates d'encaissements au dos)

➤ Faire la photocopie recto/verso de la Carte Collégien Provence, si vous utilisez ce moyen de paiement.

Partie réservée au Comité

Chèques - Chèques Vacances - Carte Collégien Provence

.....

.....

.....

.....

.....



FICHE INDIVIDUELLE d'INSCRIPTION ETE 2024



Pension Complète : Du Dimanche soir au samedi 8h30

Demi-Pension : Du Lundi 12h00 au vendredi 12h00.

Tous les Prix s'entendent PAR ENFANT

Pension complète :

Demi- pension :

« SOLO » : 400€

« SOLO » : 300 €

« FAMILLE » : 350 €
2 enfants et +

« FAMILLE » : 250 €
2 enfants et +

Inscriptions dans la même enveloppe

OPTION BUS ALLER- RETOUR : 50 €

MODE DE REGLEMENT :

- Chèques Bancaire ou postal
- Chèques Vacances
- Carte Collégien de Provence

4 chèques maximum (encaissement : le 5 de chaque mois ou fin de mois)

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Sexe : F M

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Téléphone domicile : Tél mobile :

Email : Taille : Taille Tee-shirt : S M L XL XXL XXXL

Licencié FFBB : OUI CLUB : N° de licence :
NON

JOUEUR : Niveau Débutant Départemental Régional National

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M./Mme Père/Mère/Tuteur de :

N° Sécurité Sociale :

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.

- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.

- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Comité 13, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

N° SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../...../...../...../

N° LICENCE :

NOM et PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE COMPLETE :

.....

.....

N° DE TELEPHONE :/...../...../...../..... OU/...../...../...../.....

Je soussigné **Madame et Monsieur**

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.

- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.

- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Comité 13, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Les responsables de la délégation ou le médecin, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MEDICAL.

Fait à :

Le :

Signature des parents ou tuteurs (2)

(1) Rayer la mention inutile

(2) Faire précéder les signatures de la mention "LU ET APPROUVE"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
Du DT polio			__/__/__
Du DT coq			__/__/__
Du Tétracoq			__/__/__
D'une prise polio			__/__/__
RAPPELS			__/__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
1 ^{er} VACCIN	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1 ^{er} RAPPEL	__/__/__	__/__/__

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		__/__/__
		__/__/__

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL :
 DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

 ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....



BOUCHES-DU-RHÔNE
BASKET BALL

DRILL CAMP



TROUSSEAU

- 7 à 8 caleçons ou culottes
 - 7 à 8 paires de chaussettes
 - 7 à 8 tee-shirts pour entraînement
 - 4 à 5 shorts d'entraînement
 - 2 paires de basket (une pour gymnase et une pour terrains extérieurs)
 - 1 paire de sandales ou claquettes
 - 1 nécessaire de toilette
 - 1 à 2 serviettes de toilette
 - 2 tenues pour les temps extra sportif.
 - 1 tenue pour la boum du Jeudi soir.
 - 1 maillot de bain
 - 1 serviette plage
 - 1 pull
 - 1 veste
 - 1 casquette
 - 1 gourde
 - 1 lunette de soleil
 - 1 crème solaire
 - 1 réveil (si possible)
 - une paire de drap petit lit (90 X 180) ou un sac de couchage
 - une housse de polochon (pas d'oreiller fourni)
 - un cadenas éventuellement car casier de rangement mis à disposition.
 - un rouleau de strapping
 - une vessie pour mettre des glaçons.
- Nous vous conseillons de lister et de marquer vos vêtements et de laisser les objets de valeur à la maison. (Attention : pas de lavage possible)

Une buvette sera à leur disposition sur le camp durant toute la durée du stage.

Pour tout ce qui est extérieur au besoin du camp nous nous déchargeons de toutes responsabilités.