

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant

Inscrit mon fils / ma fille (1) (Nom/Prénom de l'enfant) : _____

Au stage de Volley Ball de Cissé

du ____ / ____ au ____ / ____ / ____ Et du ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Ou/et
les ____ , ____ , ____ , ____ , ____ , ____ / ____ / ____

Ou/et
les ____ , ____ , ____ , ____ , ____ , ____ / ____ / ____

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 et atteste que mon enfant a passé une visite médicale lui permettant de pratiquer le Volley Ball. Autorise l'équipe d'animation à photographier ou à filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée et publiée.

DATE :

SIGNATURE :

(1) rayer la mention inutile

La partie « autorisation parentale » peut-être retournée seule avec le règlement si la fiche sanitaire et la photocopie des vaccins ont déjà été envoyées pour cette même année scolaire et si aucune information n'a été modifiée

Infos diverses :

- Le paiement doit être fait à l'inscription et avant la participation de l'enfant
- Aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'une dispense médicale ou cas très exceptionnel.
- Aucune inscription ne sera prise en compte avant réception du dossier complet
- L'inscription doit être envoyée 10 jours avant le 1er jour de la période concernée
- L'accueil n'ouvrira pas si 9 jours avant une journée, il n'y a pas au minimum **16 inscrits** « validés ».
- le Nombre de places est limité
- Les techniciens du Comité ne sont pas en permanence au bureau, pour tous renseignements n'hésitez pas à laisser un message en mentionnant vos coordonnées, nous vous recontacterons.
- Ce tract, ainsi que le règlement intérieur, sont téléchargeables sur le site du Comité de la Vienne de Volley Ball : <http://cd86vb.fr>

L'autorisation parentale, la fiche sanitaire de liaison, la photocopie des vaccins et le règlement financier sont à envoyer au :

COMITE DE LA VIENNE DE VOLLEY-BALL

58 bis route de Poitiers

86280 SAINT BENOIT

Site internet : cd86vb.fr

Tel : 05-49-54-87-15 Port : 06-87-93-40-22 E-mail : cd86vb@wanadoo.fr

STAGES DE VOLLEY

COMITÉ DE LA VIENNE VOLLEY-BALL

CISSE

2016 - 2017

De 6 à 14 ans

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de la Vienne

STAGES DE VOLLEY BALL

2016 / 2017 Agrée DDJSCS

VACANCES	DATES D'OUVERTURE (fermé les week-ends et jours fériés)
AUTOMNE	Les Jeudi 20 et Vendredi 21 Octobre 2016
HIVER	Du Lundi 20 Février au Mercredi 22 Février 2017
PRINTEMPS	Du Lundi 24 au Mercredi 26 Avril 2017

Accueil au Gymase Municipal de Cissé aux dates précisées ci dessus

Accueil à partir de : 8 H 00 jusqu'à 18 H 00

La journée d'Animation : de 10 H 00 à 17 H 00

Repas :

- le *repas du midi est apporté par l'enfant* (pique nique), possibilité de stocker au frais et de réchauffer.

- le *goûter* est fourni par la structure

Activités :

- 1/2 journée volley (technique, motricité...)

- Tournoi de volley

- Activités Multisports (foot, thèque, balle aux prisonniers, gamelle,

poule/renard/vipère...)

**TENUE SPORTIVE
OBLIGATOIRE**

**AVOIR 2 PAIRES
DE BASKETS**

**ENCADREMENT
DIPLOME
BAFA, BAFD,
DEJEPS ET BREVET
D'ETAT**

ATTENTION !
Inscription à retourner au plus tard :
10 jours avant le 1er jour
de la semaine désirée
Nombre de places limité
Si moins de 16 inscrits, 9 jours avant le
début d'une période,
l'accueil n'ouvrira pas

TARIFS :

Quotient Familial	QF1 < 301	QF2 > 300 < 701	QF3 > 700 < 1101	QF4 > 1100 < 1501	QF5 > 1500 < 2001	QF6 > 2000 < 2501	QF7 > 2500
Tarifs par jour	5 €	6 €	7 €	8 €	9 €	10 €	11 €

PARTIE A RETOURNER

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 fiche par enfant

1. ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : Garçon Femme

Date de Naissance : ____/____/____

2. Responsable de l'enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE :

N° de tél Fixe :

N° Portable :

E-mail : (1ère fois)

Vous êtes sous le régime : CAF / MSA **N° d'allocataire (obligatoire) :**

Si vous n'avez pas de n° d'allocataire, merci de joindre une photocopie de votre dernière fiche d'imposition.

Suite à votre réponse, le coût d'inscription pour votre enfant vous sera transmis par téléphone.

3. VACCINATIONS

Fournir les photocopies du Carnet de Vaccination

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT a-t-il déjà eu les maladies suivantes

SCARLATINE		VARICELLE		ANGINES	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
COQUELUCHE		OREILLONS		RUBEOLE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
RHUMATISMES		ROUGEOLE		OTITES	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

ALLERGIES

ASTHME		ALIMENTAIRE		MEDICAMENTEUSE		AUTRES	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

INDIQUEZ ICI LES CONDUITES A TENIR QUAND AUX ALLERGIES ET LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments