



# STAGESCRIME

27<sup>e</sup> Stage d'été à La Bourboule

Du samedi 21 au dimanche 29 août 2021

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Vous avez la possibilité de réserver votre place avant d'envoyer le dossier auprès de Maître Alexandre POPPEL au 06-75-37-04-17.

Le dossier est à compléter et retourner dans les meilleurs délais avec l'ensemble des éléments suivants :

- **EN LIGNE**
  - L'inscription en ligne complétée dans son intégralité.
  
- **PAR COURRIER SIMPLE**
  - L'autorisation de droit à l'image
  - Si besoin, l'autorisation de prise en charge du stagiaire par une tierce personne dans le cadre du voyage
  - L'autorisation de soins médicaux
  - La fiche médicale **intégralement remplie par un médecin à partir du 1<sup>er</sup> juin et retournée à l'adresse indiquée avant le 30 juin**
  - Le règlement par chèque à l'ordre de TOO SEJOURS
  - L'acceptation des conditions d'annulation
  - La photocopie de la licence FFE

→ Envoyez votre **dossier complet** par **courrier simple** au plus tard le **30 juin**.

Le dossier doit être envoyé à l'adresse suivante :

TOO SEJOURS  
50 rue d'Argenteuil  
95220 HERBLAY

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à nous contacter au 06-75-37-04-17 ou par mail à [stage.escrime@gmail.com](mailto:stage.escrime@gmail.com).

Maître Alexandre POPPEL



## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

NOM (du stagiaire) : ..... Prénom (du stagiaire) : .....

Je soussigné(e).....  
responsable(s) légal(aux) du (de la) stagiaire, autorise les organisateurs du stage à  
diffuser les documents photographiques et /ou vidéos où pourraient figurer le  
stagiaire (site internet de STAGESCRIME, pages Facebook et Instagram de  
STAGESCRIME, flyers et affiches de STAGESCRIME, presse locale, etc.).

Fait à : ..... Le : .....

Signature obligatoire :



# AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DU STAGIAIRE PAR UNE TIERCE PERSONNE DANS LE CADRE DU VOYAGE POUR LE SEJOUR

**A compléter uniquement si le stagiaire est accompagné ou pris en charge par une personne autre que le(s) responsable(s) légal(aux) dans le cadre du voyage.**

NOM (du stagiaire) : ..... Prénom (du stagiaire) : .....

Je soussigné(e) .....  
responsable(s) légal(aux) du (de la) stagiaire, autorise la (les) personne(s) suivante :

.....  
.....  
à accompagner et prendre en charge la(le) stagiaire dans le cadre du voyage aller et ou retour pour le séjour STAGESCRIME :

## A L'ALLER :

- A Paris Porte Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny (voyage aller en autocar)
- A Orléans (à préciser)
- A Bourges (à préciser)
- A la Bourboule (Rendez-vous à 14h au 367 boulevard des Vernières 63150 La Bourboule, au gymnase situé entre la piscine et la gendarmerie)

## AU RETOUR :

- A la Bourboule (Rendez-vous AVANT 11H au centre "Les Pinsons la Marjolaine", 57 rue Ferdinand Ferreyrolles, 63150 La Bourboule - portail blanc)
- A Bourges (à préciser)
- A Orléans (à préciser)
- A Paris Porte Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny (voyage retour en autocar)

## Commentaires

**→ L'accompagnant devra obligatoirement présenter une pièce d'identité pour permettre la prise en charge du (de la) stagiaire.**

Fait à : ..... Le : .....

Signature du(des) responsable(s) légal(aux)  
du (de la) stagiaire

Signature de(des) l'accompagnant(s)  
du (de la) stagiaire



## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

A remplir par le(s) responsable(s) légal(aux).

→ En l'absence de ce document, l'enfant ne pourra pas être accueilli.

NOM (du stagiaire) : ..... Prénom (du stagiaire) : .....

Je soussigné(e) .....  
responsable(s) légal(aux) du stagiaire

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : ..... Mail : .....

autorise les organisateurs de STAGESCRIME à prodiguer tous les soins médicaux et chirurgicaux, après consultation d'un praticien, au mineur:

NOM (du stagiaire) : .....

Prénom (du stagiaire) : .....

Né(e) le : ..... A : ..... Genre : .....

Personne à prévenir en mon absence :

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

Je m'engage à rembourser à l'organisateur l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques éventuellement déboursés au profit du stagiaire.

Fait à : ..... Le : .....

Signature obligatoire :



## FICHE MEDICALE

- Cette fiche médicale doit être entièrement remplie par un médecin  
→ Cette fiche doit être remplie à partir du 1<sup>er</sup> juin et retournée avant le 30 juin 2021.

NOM (du stagiaire) : ..... Prénom (du stagiaire) : .....

Taille : ..... Poids : ..... Age : .....

Je soussigné(e) Docteur .....

certifie que l'enfant : .....

ne présente aucun danger de contamination, est médicalement apte à la vie en collectivité et à la pratique de TOUS les sports suivants:

<i>Escrime</i>	<i>Biathlon</i>	<i>Accrobranche</i>	<i>Cani-rando</i>	<i>Golf</i>
<i>Randonnée</i>	<i>Fenceball</i>	<i>Sports collectifs</i>	<i>Natation (piscine)</i>	<i>Course d'orientation</i>

Maladies déjà contractées (faire une croix devant la ou les cases correspondantes)

- |                                     |                                     |                                     |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Covid 19   | <input type="checkbox"/> Typhoïde   | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite       |
| <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Rougeole    |
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Asthme     | <input type="checkbox"/> Rhumatismes |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B |                                     |                                     |                                      |

Autres maladies : .....

Allergies : .....

Dates des vaccinations ou injections subies :

BCG : ..... IDR :  Positive  Négative Date du virage .....

Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche : .....

Autres : .....

Sérums : .....

Contre-indications : .....



Le (la) stagiaire suit-il(elle) actuellement un traitement ?     Oui     Non

Si oui, lequel (joindre l'ordonnance) : .....  
.....  
.....  
.....

Consignes particulières : .....  
.....  
.....  
.....

→ Les stagiaires ont l'**interdiction de détenir des médicaments** durant le séjour. Tous les médicaments devront être remis à l'infirmière au début du stage (dans un sac avec le nom et le prénom de l'enfant et l'ordonnance qui correspond aux médicaments).

Fait à : ..... Le : .....

Signature et cachet du médecin obligatoires :



## REGLEMENT

Prix du stage SANS TRANSPORT : **600 €**  
(Cotisation incluse)

Prix du stage AVEC TRANSPORT EN CAR : **700 €**  
(Tarif unique quel que soit le nombre de trajet)

Le paiement peut s'effectuer en plusieurs chèques encaissés mensuellement.  
Le premier chèque est encaissé à l'inscription, le solde sera encaissé au plus tard fin août. Vous devez envoyer tous les chèques en même temps que le dossier d'inscription.

Exemples :

Inscription en février : vous pouvez faire de 1 à 7 chèques

Inscription en mars : vous pouvez faire de 1 à 6 chèques

Inscription en mai : vous pouvez faire de 1 à 5 chèques

Inscription en avril : vous pouvez faire de 1 à 4 chèques

Inscription en juin : vous pouvez faire de 1 à 3 chèques

→ Envoyez le règlement par chèque(s) à l'ordre de **TOO SEJOURS**.

## CONDITIONS D'ANNULATION

EN CAS D'ANNULATION PAR LE STAGIAIRE PLUS DE 30 JOURS AVANT LE DEPART :  
Une somme de 100 € resterait acquise à l'organisateur.

EN CAS D'ANNULATION PAR LE STAGIAIRE MOINS DE 30 JOURS AVANT LE DEPART :  
L'intégralité des sommes versées resterait acquise à l'organisateur.

EN CAS D'ANNULATION PAR L'ORGANISATEUR (EXEMPLE : CRISE SANITAIRE) :  
L'intégralité des sommes versées serait remboursée aux inscrits.

Fait à : ..... Le : .....

Signature obligatoire :