



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST
☎ 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

Commission technique

Convocation stage été , 21 22 23 24 août 2011

Le stage se déroulera au centre nautique de Léchiagat Moguergréan 29730 à Tréffiagat.

Le rendez vous est fixé pour 9h30 le dimanche 21 et prendra fin le mercredi 24 pour 16h30.

Pour ce stage 25 joueurs sont convoqués.

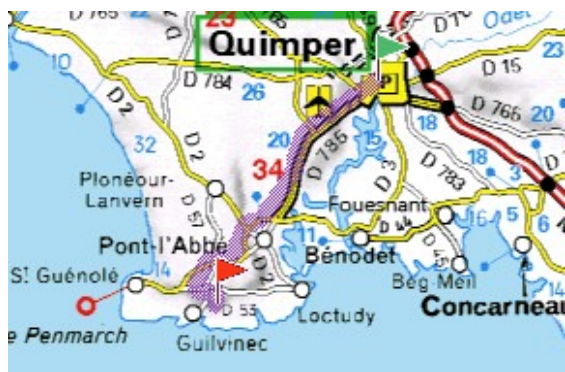
Apporter nécessaire de toilettes, short pour la pratique, rechange et un sac de couchage (oreiller) + chaussures de marche pour aller de l'hébergement aux salles.

Ce stage a pour objectif une reprise basket, je souhaite y intégrer une pratique nautique sur la durée du stage en proposant du kayak et du catamaran, sous la responsabilité du centre nautique.

Remplir la fiche sanitaire et la retourner ainsi que l'attestation de nage et l'autorisation parentale.

Responsable du stage, Franck SIMON

Sportivement
Le CTF
SIMON Franck



-----**Coupon à retourner pour le 1er août 2011**-----

Stage 97 98 99 2000, été 2011

Nomprénom.....

- Participera
 Absent
 N'y participera pas

Motif :

Autorisation parentale

Je soussigné (e)....., responsable de l'enfant autorise l'encadrement du stage se déroulant du au , à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Renseignements obligatoires :

L'ensemble des vaccins sont-ils à jour : oui – non

L'enfant suit il un traitement : oui – non

Doit il prendre des médicaments : oui – non

Indiquez lesquels, ainsi que la posologie :

N° de sécurité social :

N° de téléphone :

Fait à Le / / 2011.

Dans tous les cas si vous souhaitez que l'ensemble de ces renseignements, ou tout autre que vous jugerez utile à la santé de l'enfant, ne soit pas connu des cadres du stage, mais par un médecin en cas d'urgence, placez les dans une enveloppe scellée.

Signature

COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST



02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

Commission technique

Suivi par : Franck SIMON, CTF 29

Nomprénom.....

BREVET DE NATATION EN NAGE LIBRE (50 mètres)

Je soussigné, Mr ou Mme

représentant la piscine de

certifie que l'enfant....., est capable de nager 50 mètres en nage libre.

Pour faire valoir ce que de droit,

A

le .. / .. / ..

Signature et cachet
du responsable

AUTORISATION PARENTALE DES PRATIQUES NAUTIQUES

Je soussigné (e), Mr – Mme – (1), père, mère, Tuteur – Responsable (1) – **autorise l'enfant** à pratiquer les activités nautiques proposées par le comité du Finistère de basket-ball et atteste de sa capacité à nager 25m et/ou 50m.

Date :/...../.....

SIGNATURE :

(1) rayer les mentions inutiles.

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION AUX ACTIVITES SPORTIVES

Il est demandé un certificat médical pour pratiquer les activités suivantes :
Basket, activités nautique (Kayak + catamaran)

Je soussigné, Docteur
Certifie avoir examiné

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre indiquant la pratique des activités citées ci-dessus.
Taille :.....

A : le :

Cachet

Signature du médecin

COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Remplissez cette **fiche** avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi **sanitaire**.

SEJOUR/**STAGE** : DU / AU / /

NOM DU PARTICIPANT :

PRENOM :

Né(e) le...../...../19.....

Age :.....ans

Poids :.....kg

Sexe* : Féminin - Masculin

Adresse des parents

Tél domicile : Tél portable :

Tél bureau : Tél autre

Coordonnées pendant le séjour/**stage** (si différentes de celles indiquées ci-dessus) :

Tél (préciser).....

Nom et coordonnées du médecin traitant (facultatif) :

1. VACCINATIONS

voir le carnet de santé

Date de la

Date du

1er Date du

ou fournir une photocopie

vaccination

rappel

dernier rappel

Observations

DIPHTERIE*

.....

TETANOS*

.....

POLIOMYELITE*

.....

Ou DT POLIO*

.....

Ou TETRACOQ*

.....

BCG*

.....

HEPATITE B*

Autres vaccinations pratiquées (1).....

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pour quelles raisons ?.....

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

(Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.)

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé ..

(1) Autres vaccins : oreillons, variole, grippe, rougeole, rubéole, etc

2. MALADIES ET ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu ?

RUBEOLE* : OUI NON

VARICELLE* : OUI NON

ANGINES* : OUI NON

RHUMATISMES* : OUI NON

SCARLATINE* : OUI NON

OTITES* : OUI NON

COQUELUCHE* : OUI NON

ROUGEOLE* : OUI NON

ASTHME* : OUI NON

COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST



02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

OREILLONS* : OUI NON

CONVULSIONS* : OUI NON

Autres :

L'enfant a-t-il des allergies?

MEDICAMENTEUSES* : OUI NON

ALIMENTAIRES* : OUI NON

AUTRES* : OUI NON

Préciser la nature de l'allergie et la conduite à tenir

- **Rayer les mentions inutiles**

3. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE* : OUI NON AUTRES OPERATIONS :

REEDUCATION :

HOSPITALISATIONS (dates et motifs) :

4. ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? Régulièrement* : OUI NON

Occasionnellement* : OUI NON

Dans l'affirmative, ajoutez au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? * : OUI NON

Régulièrement* : OUI NON

Urines :

Albumine* : OUI NON

Sucre* : OUI NON

L'enfant suit-il un traitement ? * : OUI NON Si oui, lequel ?

Devra-t-il suivre

un traitement pendant le séjour ? * : OUI NON

(Dans ce cas, remettez les médicaments et l'ordonnance la plus récente au Directeur ou à l'Assistante **Sanitaire** au moment du départ. Les médicaments devront être dans leur emballage d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant. Ne placez jamais les médicaments dans la valise .).

ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

L'enfant viendra-t-il au centre avec :

- Une prothèse dentaire* : OUI NON Quand doit-il la porter ?

- Des lunettes* : OUI NON

Quand doit-il les porter ?.....

- Autres :.....

5. ACTIVITES SPORTIVES

Sports dont la pratique n'est pas autorisée pour raison médicale :

Brevet de 50 mètres de natation (obligatoire pour la pratique de sports nautiques) : OUI NON (Joindre la photocopie).

6. RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DES PARENTS

7. SIGNATURE

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette **fiche** et n'avoir omis aucune information importante. J'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.

À..... Le..... Signature :

* Rayer les mentions inutiles

Retournez cette **fiche sanitaire** de liaison avec la **fiche** d'inscription. Ne dissociez jamais les deux documents.

Signature du responsable

« Lu et approuvé »