



# Séjours Sportifs / Eté 2018



**Gars/Filles : 2001 à 2008**

**Session 1**

**Nés entre 2001 et 2005  
du 2 au 6 Juillet**

**Session 2**

**Nés entre 2006 et 2008  
du 9 au 13 Juillet**

Le LBB organise 2 séjours destinés aux joueuses et joueurs licenciés(és) de basket afin de vivre un temps de sports et de loisirs, de pratiquer et de découvrir des activités physiques, de favoriser l'échange en dehors du cadre « classique » des entraînements et des matchs.

1 à 2 entraînements quotidiens seront dispensés par des entraîneurs diplômés et permettront aux participants de jouer au basket-ball et de progresser.

Lors de ce séjour, nous proposerons également des activités nautiques encadrées par des professionnels (catamaran, kayak, planche à voile, paddle) ainsi qu'une séance de VTT animée par l'équipe du séjour.

## **Modalités de fonctionnement**

Le séjour comprend la restauration mais pas l'hébergement. Des fontaines d'eau seront à disposition.

## **Nécessaire à prévoir :**

- ⇒ Activité Basket : Tenue de basket-ball
- ⇒ Activités Nautiques : Vêtements chauds pour après les activités, de rechange pratiques, 1 maillot de bain, lunettes de soleil, casquette/chapeau, crème solaire.
- ⇒ Divers : Au moins 2 paires de chaussures (une basket, une multisports), claquettes, gourde, cartes, jeux de société.

## **Activités / Journée type :**

09H15-10H00 : Accueil et Briefing  
10H00-12H00 : Activité  
12H00-14H00 : Pause Repas et Transfert  
14H00-17H00 : Activité  
17H00-17H30 : Transferts et Débriefing  
17H30 : Fin

**Basket** : A la salle Omnisports ou à la salle des Capucins de Landerneau.

Le matin : perfectionnement des fondamentaux individuels et collectifs / concours.

L'après-midi : matchs et concours.

**Activités Nautiques** : Au centre nautique de Moulin-Mer à Logonna-Daoulas.

## **Programme prévisionnel de la semaine :**

Le programme de la semaine sera communiqué aux participants la semaine précédant le séjour et accessible sur le site du LBB : [www.eolbasket.fr](http://www.eolbasket.fr)

Pour tout renseignement, contacter Julien au 06 37 49 87 85, [julienroue@me.com](mailto:julienroue@me.com)



# Séjours Sportifs / Eté 2018



Gars/Filles : 2001 à 2008

A retourner complété

**Session 1**

**Nés entre 2001 et 2005  
du 2 au 6 Juillet**

**Session 2**

**Nés entre 2006 et 2008  
du 9 au 13 Juillet**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. Fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Autorisation parentale

Je soussigné(e) Mr/Mme \_\_\_\_\_ parent de \_\_\_\_\_ autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions médicales concernant la santé de mon enfant et certifie qu'il est assuré.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Mutuelle complémentaire : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## En cas d'urgence, contacter :

**Père :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Mobile: \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

**Mère :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Mobile: \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

## A joindre avec l'inscription

Un document attestant de l'aptitude du mineur à la pratique des activités nautiques (arrêté du 25/04/2012 - <http://reglementation.afocal.fr/2012/05/14/reglementation-activites-sportives/>)

Règlement de la totalité (possibilité de donner 2 chèques correspondant à 2 dates d'encaissement) à l'ordre de Landerneau Bretagne Basket (chèques vacances acceptés)

## Rappel du Tarif : 170€ / Par Personne / Par Semaine

Landerneau Bretagne Basket

## AUTORISATION PARENTALE et DROIT à L'IMAGE

### Responsable de l'enfant :

NOM/ Prénom : .....

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur de) .....

**Je déclare** que mon enfant répond aux conditions de santé exigées et que la fiche sanitaire de liaison est jointe à son dossier.

**J'accepte** les conditions de sécurité imposées par le séjour sportif et toute transgression pourra être cause de renvoi (cf. Règlement Intérieur ci-dessous).

**Je m'engage** à assurer le remboursement des soins qui seraient avancés.

**J'autorise** que des photos prises pendant les séjours puissent être utilisées sur tout support diffusé par les organisateurs.

En cas **d'opposition**, veuillez le signaler par écrit ci-dessous.

Date et signature (précédées de la mention « lu et approuvé »)

---

## REGLEMENT INTERIEUR

**Afin de passer une bonne semaine, nous vous demandons de respecter le règlement ci-dessous :**

- Respecter les horaires.
- Rester groupés lors des déplacements.
- Maintenir en ordre les locaux.
- Rester poli et cordial envers toutes les personnes rencontrées pendant le séjour : stagiaires, équipe encadrante, etc. ...
- Signaler aux encadrants tout problème.
- Pas de téléphone, de MP3, de MP4, etc ... pendant les temps d'activités et les repas.
- Lors des temps calmes, on informe toujours un des encadrants du séjour de son activité.
- En cas de non-respect de ces règles de vie, l'équipe encadrante se garde la possibilité de ne pas garder le stagiaire jusqu'à la fin du séjour.

**Merci de respecter ces règles : elles sont essentielles à la bonne cohésion du groupe et garantissent une semaine fun et sportive**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**    ASTHME oui     non   
                   ALIMENTAIRES oui     non     MÉDICAMENTEUSES 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)

---

---

**Numéros de téléphone :**

<b>Mère</b> : domicile :	portable :	travail :
_____	_____	_____
<b>Père</b> : domicile :	portable :	travail :
_____	_____	_____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

---

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---