

Stage de perfectionnement Vacances de Pâques

Le comité régional Bourgogne Franche-Comté propose un stage de perfectionnement au TIR FITA ouvert à tous les jeunes archers licenciés dans club de la BFC



Rendez-vous :

Lundi 16 Avril 2018 à 10h00

Fin du Stage :

Mercredi 18 Avril 2018 à 18h00

Lieu :

CREPS de Dijon,
15 rue Pierre de Coubertin, 21000 Dijon

**50 places
disponibles :**

*Priorité aux clubs ETAF et
FORMATEURS et aux
catégories jeunes (B/M/C)*

+ Compétition officielle inscrite au calendrier de la FFTA

Fonctionnement :

Priorité aux benjamins/minimes/cadets (poussins et juniors sur demande)

1 entraîneur par club invité sur toute la durée du stage

(Frais de déplacement, hébergement et restauration de l'entraîneur pris en charge par le comité régional
pour les clubs ETAF et les clubs formateurs)

Pour les autres archers, la présence de l'entraîneur ou des parents sera possible le Mercredi à partir de 16h00 afin de faire le point sur le travail effectué et à poursuivre au sein du club.

Documents obligatoires :

Fiche sanitaire de liaison/licence/autorisation de prélèvement en cas de contrôle anti-dopage

Matériel :

Arc complet et au moins 12 flèches en bon état de fonctionnement pour le tir extérieur

Elastique d'échauffement et corde à sauter

Vêtements adaptés au tir extérieur au moins d'Avril (parapluie, K-way, casquettes...)

Tenue de sport et tenue de club pour le tir et pour le sport annexe

1 bouteille d'eau

Tarif : 40€ / archer

Comprenant les frais pour le stage et l'inscription à la compétition officielle
(Chèque à l'ordre du *comité régional BFC de tir à l'arc* à remettre à l'organisateur dès l'arrivée)

ATTENTION

DOSSIER A RETOURNER COMPLET avant le Vendredi 23 Mars 2018 à :

**CREPS DE DIJON,
Pôle de Tir à l'arc
15 rue Pierre de Coubertin
21000 DIJON**

☞ Les différents formulaires :

- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation de prélèvement en cas de contrôle anti-dopage

Ci-joints, dûment complétés et signés par les parents (ou tuteurs) ;

☞ La photocopie de l'attestation d'assuré social du parent dont dépend l'enfant (ou tuteurs) ;

☞ Un chèque de 40€ libellé à l'ordre du comité régional BFC de tir à l'arc

Demandez dès l'inscription une attestation de stage en cas de besoin ; elle vous sera remise à la fin du stage

Accès au CREPS et à la salle de tir :



AUTORISATION DE PRELEVEMENT SANGUIN CHEZ UN SPORTIF MINEUR

Club : Année sportive :

Je, soussigné(e)

Autorise des prélèvements sanguins par des préleveurs agréés dans le cadre de contrôles anti-dopage sur :

....., né(e) le/...../.....

Dont j'ai la responsabilité en tant que

A....., le

Signature :

Signature RAPPEL :

Un contrôle anti-dopage peut avoir lieu en compétition et hors compétition.

Tout sportif mineur doit présenter l'autorisation au préleveur agréé en cas de prélèvement sanguin.

L'absence de ce document ne permettra pas la réalisation du contrôle, ce qui pourra entraîner des sanctions de la part de la fédération.

Il est conseillé d'en donner un exemplaire à votre responsable de club, de pôle de haut niveau ou de stage départemental ou régional.

Le préleveur agréé est infirmier, médecin ou technicien de laboratoire.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : 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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
