



DOSSIER D'INSCRIPTION

CAMP COMITÉS SUD BASKET

DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 AOÛT 2025

LYCEE HONORE ROMANE

Route de Caleyère - BP 93

05202 Embrun

Votre dossier doit être complet et renvoyé avant le 08 juin 2025

A retourner au Comité du Vaucluse de Basketball
34 Avenue Achille Maureau
84700 SORGUES
Tel ; 04.90.39.47.90
campcomitessudbasket2025@gmail.com

Dûment rempli, signé et accompagné des chèques correspondants à l'ordre du
Comité Basket 84 ou par virement de la totalité du montant





DOSSIER CAMP COMITE SUD BASKET

NOM : PRÉNOM : CLUB :

DIMANCHE 17 AOUT 2025 13H00 au SAMEDI 23 AOUT 2025 12H00

FORMULE : SOLO TEAM FAMILLE

INSCRIPTION : Pension Complète Demi-pension

PIÈCES À REMPLIR ET À FOURNIR :

Fiche d'inscription et Autorisation parentale

Fiche sanitaire

Attestation d'assurance

Photocopie Carte d'identité de l'enfant

Photocopie Carte Sécurité Sociale et Mutuelle

Règlement :

Possibilité de paiement en plusieurs fois avec règlement du solde au 30 juin 2025 dernier délai. (Mettre tous les chèques dans l'enveloppe avec les dates d'encaissements au dos)

Paiement par virement en une seule fois avec comme indication [Camp Sud-Nom-Prénom-N° Licence]

IBAN FR 76 1460 7002 0300 0331 9450 416

BIC CCBPFRPPMAR

Faire la photocopie recto/verso de la Carte Collégien Provence, si vous utilisez ce moyen de paiement.

Partie réservée au Comité

Chèques -

Chèques Vacances-

Carte Collégien Provence-

Virement Bancaire

.....

.....



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ETE 2025

Pension Complète: Du Dimanche soir au samedi 8h30

Demi-Pension: Du Lundi 12h00 au vendredi 12h00.

Tous les Prix s'entendent PAR ENFANT

Pension complète:

Demi-pension:

«SOLO»:450€

«SOLO »:350€

«FAMILLE»ou« TEAM»: 400€

«FAMILLE» ou«TEAM»:300€

Inscriptions dans la même enveloppe

FAMILLE : 2 enfants de la même famille

TEAM : 4 enfants du même club

MODEDEREGLEMENT:

- Chèques Bancaire ou postal
- Chèques Vacances
- Carte Collégien de Provence
- Paiement par virement en une seule fois avec comme indication
- [Camp Sud-Nom-Prénom-N°Licence] IBAN FR 76 1460 7002 0300 0331 9450 416 BIC CCBPFRPPMAR
4 chèques maximum (encaissement: le 5 de chaque mois ou fin de mois paiement total avant le 30 juin 2025)

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Sexe : F M

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Téléphone domicile : Tél mobile :

Email : Taille Taille Maillot/Short : XS S M L XL XXL

Licencié FFBB : OUI CLUB : N° de licence :
NON

JOUEUR: Niveau Débutant Départemental Régional National

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M.et Mme Père/Mère/Tuteur de :

N° Sécurité Sociale :

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.

- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.

- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Camp Comités Sud Basket, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

N° SÉCURITÉ SOCIALE:...../...../...../...../...../...../...../

N° LICENCE :

NOM et PRÉNOM:.....

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE COMPLETE:

.....

.....

N° DE TELEPHONE:...../...../...../...../.....OU...../...../...../...../.....

Je soussigné **Madame et Monsieur**

.....

- autorise le responsable du camp à prendre toutes les décisions nécessaires et urgentes concernant la santé de mon enfant, après avis médical. Et autorise les responsables du camp à véhiculer mon enfant si nécessaire.
- prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage. Toute exclusion ne donne droit à aucun remboursement.
- accepte l'exploitation à titre gratuit, par le Camp Comités Sud Basket, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Les responsables de la délégation ou le médecin, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MÉDICAL.

Fait à :

Le :

Signature des parents ou tuteurs (2)

(1) **Rayer la mention inutile**

(2) **Faire précéder les signatures de la mention "LU ET APPROUVÉ"**



CAMP COMITÉS SUD BASKET

TROUSSEAU

- 7 à 8 caleçons ou culottes
- 7 à 8 paires de chaussettes
- 7 à 8 tee-shirts pour entraînement
- 4 à 5 shorts d'entraînement
- 2 paires de basket (une pour gymnase et une pour terrains extérieurs)
- 1 paire de sandales ou claquettes
- 1 nécessaire de toilette
- 1 à 2 serviettes de toilette
- 2 tenues pour les temps extra sportif.
- 1 tenue pour la boum du jeudi soir
- 1 maillot de bain
- 1 serviette plage
- 1 pull
- 1 veste
- 1 casquette
- 1 gourde
- 1 lunette de soleil
- 1 crème solaire
- 1 réveil (si possible)
- une paire de drap petit lit (90 X 180) ou un sac de couchage
- Un polochon avec sa housse
- un cadenas éventuellement pour le casier de rangement mis à disposition.
- un rouleau de strapping
- une vessie pour mettre des glaçons.

Nous vous conseillons de lister et de marquer vos vêtements et de laisser les objets de valeur à la maison. (Attention : pas de lavage possible)

Une buvette (suivant les horaires) sera à leur disposition sur le camp durant toute la durée du stage.

Pour tout ce qui est extérieur au besoin du camp nous nous déchargeons de toutes responsabilités.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFAN°85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES | DATES |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Du DT polio | | ____ / ____ / ____ |
| Du DT coq | | ____ / ____ / ____ |
| Du Tétracoq | | ____ / ____ / ____ |
| D'une prise polio RAPPELS | | ____ / ____ / ____ |
| | | ____ / ____ / ____ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
| | DATES | | DATES | VACCINS | DATES |
| 1 ^{er} VACCIN | ____ / ____ / ____ | VACCIN | ____ / ____ / ____ | | ____ / ____ / ____ |
| REVACCINATION | ____ / ____ / ____ | 1 ^{er} RAPPEL | ____ / ____ / ____ | | ____ / ____ / ____ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|--------------------|
| | | ____ / ____ / ____ |
| | | ____ / ____ / ____ |

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBEOLE | | VARICELLE | | ANGINES | | RHUMATISMES | | SCARLATINE | |
|------------|------------------------------|-----------|------------------------------|---------|------------------------------|-------------|------------------------------|------------|------------------------------|
| non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui |
| COQUELUCHE | | OTITES | | ASTHME | | ROUGEOLE | | OREILLONS | |
| non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui | non | <input type="checkbox"/> oui |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

| | |
|-------|--------------------|
| | ____ / ____ / ____ |
| | ____ / ____ / ____ |
| | ____ / ____ / ____ |

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : (Indiquez en cas de régime alimentaire)

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

| N° DE S.S. | N°DE TEL | DOMICILE | BUREAU |
|------------|----------|----------|--------|
| | | | |

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 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.

Signature :
 DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ____ / ____ / ____
 DEPART LE ____ / ____ / ____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

