



## 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 <sup>er</sup> VACCIN	____ / ____ / ____	VACCIN	____ / ____ / ____	.....	____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____	1 <sup>er</sup> 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)  
 .....  
 .....  
 .....