



# FORMATION INITIATEUR

## - DATES -

**WEEK-END 1 : 16 ET 17 FÉVRIER 2019**  
**WEEK-END 2 : 13 ET 14 AVRIL 2019**  
**+ DIMANCHE 24 MARS 2019**  
**+ ÉVALUATION LE DIMANCHE 5 MAI 2019**

**INSCRIPTIONS AUPRÈS DU  
CONSEILLER TECHNIQUE FÉDÉRAL  
ARNAUD PROVENZALE À L'ADRESSE  
CTFASBB@GMAIL.COM  
AVANT LE 17 JANVIER 2019**

**TARIF FORMATION INITIATEUR  
60 EUROS (+ FRAIS D'HÉBERGEMENT)**  
**À PARTIR DE 16 ANS POUR LES COACHS  
AYANT VALIDÉS LA FORMATION ANIMATEUR**

**DOSSIER D'INSCRIPTION :**  
- FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
- FICHE AUTORISATIONS  
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
- DIPLÔME ANIMATEUR

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ**

**RENSEIGNEMENTS : CTFASBB@GMAIL.COM | 06 83 28 92 58  
SITE WEB : WWW.ALPESDUSUDBASKETBALL.FR**

FORMATIONS  
COMITÉ TERRITORIAL  
ALPES DU SUD

FORMATIONS  
LIGUE DE  
BASKET-BALL





## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(À remplir de manière lisible)

Club : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

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

Mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Portable 1 : \_\_\_\_\_ Portable 2 : \_\_\_\_\_

Tél fixe 1 : \_\_\_\_\_ Tél fixe 2 : \_\_\_\_\_

### RÈGLEMENT

**En tant que stagiaire, afin de contribuer au bon fonctionnement du stage, je m'engage à :**

- Respecter les horaires indiqués ci-dessus notamment les horaires de repos et du coucher pour pouvoir récupérer la fatigue physique et mentale et ainsi éviter tout risque de blessure.
- Respecter les coéquipiers, entraîneurs, responsables, personnels de l'hébergement et camarades de chambre.
- Prendre soin de l'équipement sportif, des installations sportives et hôtelières.
- Avoir une bonne hygiène corporelle (douche obligatoire)
- Tabac/alcool/drogue : les stagiaires ne sont pas autorisés à fumer sur les lieux de pratique ni d'hébergement. L'alcool et la drogue sont strictement interdits.
- Donner le meilleur de soi-même pour parvenir aux objectifs individuels technique et physique fixés par les entraîneurs.
- Accepter les décisions prises par les entraîneurs (techniques, tactiques, composition d'équipe).
- Respecter les règles de sécurité indiquées en début de stage.

Je reconnais avoir pris connaissance de ces engagements avant de rendre mon dossier, et m'engage à les respecter pour la durée du stage.

FAIT À ..... LE : .....

Signature du stagiaire

(précédées de la mention « lu et approuvé »)

Signature du représentant légal si mineur

(précédées de la mention « lu et approuvé »)

## Fiche sanitaire de liaison –

certa n° 85-0233

*Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être 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.*

Enfant :  F  M Date de naissance : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

### Accueil : Dates du séjour du

Adresse du stage :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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	DATE
1er VACCIN		1er VACCIN	.....	.....
REVACCINATION		REVACCINATION	.....	.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	.....	.....
	.....	.....

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatismes	Asthme
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies : médicaments  oui  non asthme  oui  non  
Alimentaire  oui  non autres  oui  non

L'enfant mange du porc (jambon, saucisse, viande)  oui  non

Enurésie nocturne encore possible  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

N° de S.S. : .....

Adresse du centre payeur : .....

Tél. domicile : ..... travail : ..... portable : .....

Je soussigné, 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : ..... Date : .....

A remplir par la responsable du stage à l'attention de la famille

Responsable : Arnaud PROVENZALE

Coordonnées : 06 83 28 92 58

**Observations :**



## COMITE TERRITORIAL ALPES DU SUD BASKET BALL

# AUTORISATION PARENTALE

**A remplir par le responsable de l'enfant pour les mineurs :**

NOM (du responsable).....Prénom.....  
Je soussigné, (père, mère, tuteur de).....  
né(e) le.....

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

**J'accepte** les conditions de sécurité imposées par l'établissement d'hébergement et de pratique sportive et toute transgression pourra être cause de renvoi. Vous serez prévenu pour un avertissement préliminaire.

**J'autorise** le responsable du séjour à lui faire donner tous les soins, traitements médicaux ou hospitalisations rendus nécessaires. **Je m'engage** à assurer le remboursement des frais avancés.

**J'autorise** mon fils, ma fille à effectuer les trajets liés au stage de basket organisé par le Comité Départemental des Alpes du Sud, dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre bénévole ou au titre de transporteur professionnel à partir du moment où celui-ci dispose d'un permis de conduire en cours de validité

**J'autorise** la publication et la diffusion de photographies de sa personne, par le Comité Territorial Alpes du Sud Basket-Ball ou par Arnaud Provenzale, dans le cadre de la promotion du Comité Basket ainsi que de l'entraîneur, au moyen du format web (photos, vidéos, site, fb, instagram, etc.) ou papier (communication diverse, affiches, flyers, relations avec la presse, etc.).

Cette autorisation est donnée sans limite de temps et à titre non exclusif. Elle vaut pour tout le temps pendant lequel le Comité exerce sa finalité sportive ou l'entraîneur, son domaine professionnel.

Remarque : Dans le cadre d'images prises dans les lieux publics, seule l'autorisation des personnes qui sont isolées et reconnaissables est nécessaire.

En cas **d'opposition (pour le droit à l'image)**, veuillez-nous le signaler **par écrit** avant le début du séjour.

Fait à ....., le .....

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