

N° SIRET : 828 416 461 00014 / Code APE : 9312Z

Création le 15/12/2016 - Déclaration en préfecture : W595028715

Déclaration d'Activité enregistrée sous le numéro 32 59 09552 59 auprès du préfet de région Hauts-de-France

Stage de Zone M15

Février 2022

FLEURET : Responsable : Me Hermann CHAUME (06 46 47 25 69)

Ce stage se déroulera au **Centre Sportif de Normandie, Route de la vallée 14510 HOULGATE.**

du 07 février 2022 à 10h00, au 10 février 2022 à 17h00 en pension complète (rendez-vous à la salle)

Linge de lit fourni

EPEE : Responsable : Me Geoffroy POYET (06 83 51 62 88)

Ce stage se déroulera à **Établissement St Pierre St Paul 24 place Clemenceau 80100 ABBEVILLE**

Du 14 février 2022 à 10h00, au 17 février 2022 à 17h00 en pension complète (rdv au gymnase)

Linge de lit non fourni - Prévoir un duvet et un oreiller

Il est réservé aux 36 athlètes identifiés et sélectionnés par le Comité Régional Escrime HDF,

Confirmation attendue avant le mercredi 02 février 2022.

En cas de non-participation par mail au : escrime.hdf@gmail.com

Coût du stage : 230 € / stagiaire

Répartition des coûts pour un licencié des Hauts de France:

- **100 € pour le stagiaire**
- 150 € pour le Comité Régional Escrime HDF

MATÉRIEL ESCRIME : Tenue d'escrime complète en parfait état de marche, armes électriques et fils en nombre suffisant (prévoir la casse éventuelle de lames), matériel de réparation. 1 paire de chaussures dédiée à l'escrime et au travail en salle.

MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE: 1 paire de chaussures de sport pour l'extérieur (running pour courir) - Survêtement, short et Tee-shirts en nombre – Pulls - Vêtement de pluie – Trousse de toilette + serviette / **Éviter les objets de valeurs et limiter les aliments salés, sucrés et les sodas.**

La participation peut être confirmée :

Soit par mail : escrime.hdf@gmail.com

Joindre le dossier en .pdf accompagné de l'accusé de virement bancaire

soit par courrier :

Comité Régional Escrime HdF Maison des Sports – 367, rue Jules Guesde 59650 VILLENEUVE d'ASCQ

Les confirmations d'inscriptions sont à effectuer à l'aide de l'imprimé présenté ci-dessous. Les fiches d'inscription sont individuelles et doivent être envoyées au Comité Régional dans les délais indiqués. Toutes fiches incomplètes seront refusées.

N° SIRET : 828 416 461 00014 / Code APE : 9312Z

Création le 15/12/2016 - Déclaration en préfecture : W595028715

Déclaration d'Activité enregistrée sous le numéro 32 59 09552 59 auprès du préfet de région Hauts-de-France

STAGE DE ZONE ATHLETE FEVRIER 2022

NOM :

Prénom :

Club :

Arme :

Mail :

IMPERATIF

Adresse des parents et numéro de téléphone durant la période du stage.

Adresse :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

Fait à, le

Signature,

A renvoyer au Comité dans les délais indiqués accompagné du paiement

Virement Bancaire en indiquant le Nom du Stagiaire **ou** Chèque à l'ordre de « Comité Régional Escrime HdF »

Coordonnée bancaire

Titulaire du Compte : Comité Régional Escrime HDF

Domiciliation : Caisse Épargne Hauts de France

IBAN : FR76 1627 5008 0008 1033 7444 147

BIC : CEPFRPP627

COUT POUR LE STAGIAIRE
100 €

Annexe : Fiche Sanitaire de Liaison

N° SIRET : 828 416 461 00014 / Code APE : 9312Z

Création le 15/12/2016 - Déclaration en préfecture : W595028715

Déclaration d'Activité enregistrée sous le numéro 32 59 09552 59 auprès du préfet de région Hauts-de-France

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Monsieur, Madame,

....., tuteur légal de l'enfant
....., autorise les responsables du stage régional 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.

Date :

Signature :

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.

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)

SI CONNU : Groupe sanguin :
Rhésus :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Si OUI : Préciser si le stagiaire a un régime alimentaire particulier (sans porc, sans viande,...).

Retour de cette fiche avec l'inscription.