

Stage de Zone M15 – Février 2023

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

EPEE : 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 13 février 2023 à 10h00, au 16 février 2023 à 17h00 en pension complète (rendez-vous à la salle)

Linge de lit fourni

⇒ Confirmations de participation avant le **lundi 06 février 2023**

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

FLEURET/SABRE : Responsable : Me Stephan DELENGAIGNE (06 84 57 53 95)

Ce stage se déroulera à **CREPS des Hauts de France – 11 rue de L'Yser 59139 WATTIGNIES**

Du 20 février 2023 à 10h00, au 23 février 2023 à 17h00 en pension complète (rdv à l'espace Tetelin)

Linge de lit fourni

⇒ Confirmation attendue avant le **vendredi 03 février 2023 à 18h** puis si quotas non-remplis ouverture au reste des licenciés M13-M15 du 6 février au 8 février 2023 à 18h

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**
- 130 € 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 2023

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

COÛT 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.