



Bulletin inscription



NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL 1 : _____ TEL 2 : _____

ADRESSE MAIL : _____

LICENCE : _____ N°LICENCE : _____

CLUB : _____ DEPARTEMENT : _____

CATEGORIE 2023/2024 : U9 - U11 - U13 - U15 - U17 (ENTOURER LA CASE CORRESPONDANTE)

TAILLE VETEMENTS : XXS- XS - S- M - L - XL (ATTENTION GRANDE TAILLE)

AUTORISATION PARENTALE

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

N° de sécurité sociale : _____

- Autorise le responsable du camp ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence concernant leur enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

- Prend note que mon enfant pourra être renvoyé si son comportement perturbe le bon déroulement du stage.

- Prend note que toute interruption de séjour motivée notamment par une exclusion ou par une blessure ne donne droit à aucun remboursement.

- Accepte l'exploitation, à titre gratuit, par la Ligue BFC, des images représentant mon enfant, à des fins promotionnelles ou de communication.

- Autorise mon enfant à participer aux activités de baignade organisées par le BFC Basket Camp

- Autorise l'encadrement du BFC Basket Camp à véhiculer mon enfant sur le site des activités du camp.

Le _____ à _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:

A JOINDRE AVEC L'INSCRIPTION

- Ce bulletin dûment complété et signé (1 par stagiaire),
- Règlement en totalité par Virement RIB
IBAN FR76 1027 8025 5300 0219 1050 150
BIC CMCIFR2A / Chèques vacances / Coupon sports / Chèque bancaire à l'ordre de LBFC
pas de paiement carte bleue, ni espèces, ni aide CAF
- Un certificat médical de non-contre indication à la pratique du basket datant de moins d'un an (pour les non licenciés).
- La fiche sanitaire de liaison complétée signée
- La photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle,
- Le règlement intérieur complété et signé.
- Une attestation de responsabilité civile

Autorisation de sortie:

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

Autorise, après la journée du camp, mon enfant

À partir avec (nom de la personne majeur autorisées à récupérer votre ou vos enfants :

Le à

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranche-comtebasketball.org

Rejoignez-nous sur
facebook

Crédit Mutuel



Semaines proposées



* tarif préférentiel : deux enfants d'une même fratrie, 4 enfants d'un même club, deux semaines de camps

DIJON – CREPS 21000 Dijon

SEMAINE 1 du dimanche 7 (à 17h) au vendredi 12 Juillet 2024 (à 18H)

Tarif Normal pension complète (475€) sans hébergement *(350€)

Tarif Préférentiel* pension complète (455€) sans hébergement *(330€)

SEMAINE 2 du dimanche 14 (à 17h) au vendredi 19 Juillet 2024 (à 18H)

Tarif Normal pension complète (475€) sans hébergement *(350€)

Tarif Préférentiel* pension complète (455€) sans hébergement *(330€)

*Sans hébergement repas du soir inclus : arrivée 9h départ 22h

BELLECCIN – Centre Sportif de Bellecin 39270 ORGELET

SEMAINE 3 du dimanche 21 (à 17h) au vendredi 26 Juillet 2024 (à 18H)

Tarif Normal pension complète (500€) sans hébergement *(370€)

Tarif Préférentiel pension complète (480€) sans hébergement *(350€)

SEMAINE 4 du dimanche 28 (à 17h) au vendredi 02 aout 2024 (à 18H)

Tarif Normal pension complète (500€) sans hébergement *(370€)

Tarif Préférentiel pension complète (480€) sans hébergement *(350€)

*Sans hébergement repas du soir inclus : arrivée 9h départ 22h

ATTENTION : AUCUNE PRÉ INSCRIPTION

Seule la réception de la **TOTALITÉ du règlement** (virement /Chèque bancaire/CV/

Coupons sport), et du **DOSSIER COMPLET** par mail ou courrier validera l'inscription.

PS : Pour les enfants non licenciés dans un club, 10€ supplémentaires sont demandés.

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur
facebook

Crédit Mutuel



Règlement intérieur



Conditions générales :

Toute personne fréquentant le stage organisé par la Ligue Bourgogne Franche Comté de Basketball est censée connaître le présent règlement.

Assurances des stagiaires :

Toute personne fréquentant le stage doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier et individuel accident. La Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradation, de biens personnels, ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration :

Le calme doit régner en permanence dans l'internat et les lieux de restauration. Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement. Sont interdits dans l'internat et les locaux communs aux stagiaires la consommation d'alcool et de tabac.

Païement :

L'inscription est prise en compte dès que la totalité du règlement est versé.

Les chèques vacances, comités d'entreprise, bons CAF et coupons sports sont acceptés comme modalités de règlement.

En cas de désistement, et sur justification :

- plus de 10 jours avant le début du stage, remboursement de 90% du règlement (10% correspondant aux frais d'organisation et de gestion).

La Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement . **Les arrêts en cours sauf blessure ou une raison valable, de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.**

Renseignements médicaux :

Les parents des stagiaires informent la Ligue de Bourgogne Franche Comté de Basketball :

- Des traitements, soins, régimes, allergies..., des particularités d'ordre médical qui affectent les enfants à l'aide de la fiche sanitaire de liaison.
- Du numéro de sécurité sociale, adresse de la Caisse maladie, éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

En cas d'accident, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des familles des enfants mineurs.

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) dereconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter totalement.

A

Le/...../.....

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranchecomtebasketball.org

Rejoignez-nous sur
facebook

Crédit Mutuel



Trousseau recommandé



- ◇ 1 sac de sport ou sac à dos pour les affaires de sport
- ◇ 1 sac pour le linge sale
- ◇ 1 oreiller
- ◇ Nécessaire de toilette (serviette, gant...)
- ◇ 2 serviettes de bain
- ◇ Pyjama
- ◇ Sous vêtements adaptés à la pratique sportive pour 6 jours
- ◇ 2 sweat-shirts
- ◇ Casquette ou chapeau
- ◇ 1 paire de lunettes de soleil
- ◇ 1 maillot de bain (pas de bermudas !)
- ◇ 1 bonnet de bain
- ◇ 2 survêtement ou jogging
- ◇ 2 paires de basket (éviter les chaussures neuves !)
- ◇ 1 paire de chaussure aquatique
- ◇ 1 vêtement de pluie
- ◇ 1 paire de chaussures de repos (espadrilles, tongs...)
- ◇ T-shirts pour 6 jours
- ◇ 3 à 4 shorts
- ◇ 12 paires de chaussettes en coton
- ◇ 1 gourde ou bouteille d'eau à remplir régulièrement
- ◇ 1 petite trousse à pharmacie individuelle (pansements, crème solaire, bombe de froid, double peau – style « compeed » pour les ampoules-, crème apaisante contre les irritations...)

Il est indispensable de marquer les affaires au nom de l'enfant

Ne pas emporter d'objet de valeur !

L'encadrement et les structures qui mettent leurs locaux à disposition déclinent toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Une « mini-banque » sera à disposition des stagiaires pour gérer l'argent de

16 Boulevard Winston Churchill – 21 000 DIJON Tel. 03 80 71 52 03
Mail : bfcbasketcamp@gmail.com Site : www.bourgognefranche-comtebasketball.org

Rejoignez-nous sur
facebook

Crédit Mutuel

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....