



# UFAB49 BASKET CAMPS

UBC



100% FÉMININ



SALLE MONPLAISIR ANGERS  
LES 29,30 ET 31 OCTOBRE 2018  
DE 8H30 À 17H30

OUVERT À TOUTES  
NÉES ENTRE 2004 ET 2011



Pour plus d'informations, contactez-nous à  
[ufab49campsbasket@gmail.com](mailto:ufab49campsbasket@gmail.com)

## Informations pratiques :

- Camps de 3 jours : les 29, 30 et 31 Octobre 2018 (Vacances de la Toussaint)
- 100 % féminin
- Accessible de 7 ans (2011) à 14 ans (2004) (U9 à U15)
- Salle Monplaisir rue de l'écriture à Angers
- Encadrement par les salariés et entraîneurs du club (diplômes d'état, CQP, entraîneurs en formation, joueuses...)
- Goûter offert

## Déroulement de la première journée :

8h30	Accueil et présentation
9h	Début de la journée
9H30H - 10H	Réveil musculaire en musique
10H - 12H	Ateliers de travail individuel
12H - 12H30	Jeu collectif
12h30 - 13H	Repas (pique - nique non fourni)
13H - 14H	Repos + Activité ludique
14H -16H45	Match / Tournoi
16H45 - 17H	Retour au calme

## Interventions des joueuses du club :

- Intervention des joueuses professionnelles sur deux après - midi lundi et mardi
- Présence des joueuses du Centre de Formation le mercredi



## UFAB49 CAMPS BASKET – FICHE D'INSCRIPTION



NOM: ..... Prénom: .....

Née le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

E-mail : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence : .....

Numéro de Téléphone : .....

Licenciée : OUI NON CLUB actuel : .....

Numéro de licence : .....

Un tee-shirt vous sera offert, merci d'entourer la taille souhaitée :

8/10 ans 10/12 ans XS S M L XL XXL

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, **Mme / Mr** ....., **parent de** .....  
autorise les responsables de l'UFAB49 BASKET CAMPS à faire donner tous soins médicaux, à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui apparaîtraient indispensables au cours du camps, et m'engage à en assurer le règlement.

#### **Je déclare :**

- Accepter les conditions et règlements.
- Que mon enfant, réponde aux conditions de santé exigées pour une pratique sportive de compétition.
- Autoriser mon enfant à participer à des activités multisports.
- Autoriser les responsables du camp à utiliser des photos et vidéos de mon enfant (journal du club, site internet, publications, reportages).
- Autoriser les responsables du camp à transporter mon enfant en mini-bus et/ou bus et/ou voiture privée sur les différents sites d'entraînements et pour des sorties extérieures.

Fait à :

Signature(s) du représentant légal :

Le :

### À joindre, en plus de la fiche d'inscription et de liaison :

- Pour les non licenciées de l'UFAB 49: le règlement intégral (en espèces ou par chèque) d'un montant de **60€** ainsi qu'un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive
- Pour les licenciées de l'UFAB 49, le règlement intégral (en espèce ou en chèque) d'un montant de **40€**.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON



*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil sur demande des parents*

**Enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Tél. parents : \_\_\_\_\_

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

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication*

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2- Renseignements médicaux :

L'enfant devra t-il suivre un **traitement médical** pendant ces 3 jours ?    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. Aucun médicament ne sera donné par les encadrants.**

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies : médicamenteuses oui non / asthme oui non / alimentaires oui non / autres :

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication, le signaler)**

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