



STAGE ÉTÉ PELOTE

**DE LA PELOTE ET BIEN
D'AUTRES ACTIVITÉS POUR
LES FILLES ET LES GARÇONS
DE 8 À 12 ANS**



**Dates du séjour
9-12 JUILLET 2023**

Prix du séjour

410€

Activités

- ✓ Entraînements de Pelote
- ✓ Course d'orientation
- ✓ Piscine
- ✓ Plage et Jeux de plage
- ✓ Et encore de la Pelote...

Lieu du séjour

Domaine de Pignada
64600 Anglet



Fiche de réservation

Stage Pelote Ete 2023 - Aglaé COJO, responsable

INFORMATIONS

07.67.82.93.79 - cdpbhg@gmail.com



21 enfants
maximum



de 8 à
12 ans



du 9 au 12
Juillet 2023



4 éducateurs agréés
2 STAPS
2 BF1



Domaine
Pignada -
Anglet 64



410 euros*
(paiement en 3
fois possible)

RESERVATION

Je (nous), soussigné(e-s) :

NOMS DES RESPONSABLES
LEGAUX :

Souhaite (souhaitons) inscrire notre enfant :

NOM DE L'ENFANT :

Au stage de Pelote organisé par le Comité Départemental de Pelote Basque de la Haute-Garonne, de l'Aude et de l'Ariège au Domaine de Pignada - 1 Allée de l'Empereur 64600 ANGLET aux dates et conditions ci-dessus

Je(nous) retourne(ons) le dossier complété et signé par courrier accompagné d'un (ou plusieurs) chèques à CDPBHG - 190 Rue Isatis 31670 LABEGE ou à envoyer par mail accompagné du paiement par virement à Cdpbhg@gmail.com.

A :

Le :

Signature(s)

Fiche d'inscription

Stage Enfants de 8 à 12 ans du 9-12 Juillet 2023

A retourner complété et signé par courrier accompagné d'un
chèque à CDPBHG - 190 Rue Isatis 31670 LABEGE
ou à envoyer par mail accompagné du paiement par virement
à Cdpbhg@gmail.com

Attention places limitées : 21 enfants maximum

Tout dossier doit être complet

Photo de
votre enfant

INFORMATIONS ENFANT

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :	/ /	Ville de Naissance :	
Sexe :	☐ M ☐ F	Nationalité :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Club:		N° Licence :	

INFORMATIONS PARENTS

Nom Mère :		Prénom Mère :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone portable Mère :			
Nom Père :		Prénom Père :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone portable Père :			
Assurance Activités Péricolaires :		N° Contrat :	

Autorisations Parentales Globales

Lieu - DOMAINE DE PIGNADA

Stage Enfants de 8 à 12 ans du 9-12 Juillet 2023

Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.

NOM DE L'ENFANT :

NOMS DES RESPONSABLES

LEGAUX :

Je (nous), soussigné(e-s) avoir pris connaissance des points ci-dessous :

AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives nécessitant un moyen de transport organisées par le Comité Départemental de Pelote Basque de la Haute-Garonne, de l'Ariège et de l'Aude, comme indiqué dans le programme donné à l'inscription.

A :

Le :

Signature(s)

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je donne pouvoir à Aglaé COJO Responsable du Stage, ou à défaut à Fabio THALY, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence

A :

Le :

Signature(s)

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A :

Le :

Signature(s)

AUTORISATION DE PUBLICATIONS

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, les réseaux sociaux CDPBHG, LOPB, FFPB ou Clubs. Je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A :

Le :

Signature(s)

Attestation d'Aptitude Préalable à la Pratique d'Activités Nautiques et Aquatiques dans les Accueils Collectifs de Mineurs

(Accueil relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Références : Code de l'Action Sociale et des Familles : Articles R.227-13 et Arrêté du 25 Avril 2012 - Code du Sport : A322-44 et A322-66

Le test est obligatoire pour la pratique des activités de canoë-kayak et disponibles associées, nage en eau vive, voile, canyionisme, surf de mer et natation.

Il peut être effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité pour la pratique de laquelle il est obligatoire.
Le test doit être effectué dans brassière de sécurité (circulaire du 30 mai 2012).

NOM ET PRENOM
DU MINEUR :

DATE DU TEST :

Aptitudes vérifiées et acquises : (cocher les cases correspondantes)

Effectuer un saut dans l'eau

☐

Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes

☐

Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes

☐

Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

☐

Nager sur le ventre pendant 25 mètres

☐

RESULTAT DU TEST (À COCHER)



Non Satisfaisant



Satisfaisant

PERSONNE AYANT FAIT PASSER LE TEST

NOM ET PRENOM :

QUALIFICATION :

N° CARTE PROFESSIONNELLE :

Signature

NB : Fabio THALY, notre éducateur est éducateur professionnel et titulaire du BNSSA est apte à faire passer ce test.

Conditions Générales

Stage Enfants de 8 à 12 ans du 9-12 Juillet 2023

Merci de lire, de dater et de signer ces conditions générales.

REGLES DE VIE

Chaque éducateur, chaque enfant et chaque parent doit respecter les règles de courtoisie nécessaires au bon déroulement de ce stage.

Le Comité porte une attention particulière au respect de chacun et ne tolère aucune discrimination de quelque sorte que ce soit.

Le but du stage est de passer un séjour inoubliable autour de la Pelote.

UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE

Chaque enfant détenteur d'un téléphone portable en est pleinement responsable. En cas de perte, le Comité se dégage de toute responsabilité.

Son utilisation sera autorisée dans la journée. Lors des séances de Pelote et de l'extinction des feux, tous les portables seront sous la responsabilité de la responsable du stage et/ou des éducateurs.

Le Comité alerte sur l'utilisation par les enfants de photos, vidéos, posts ou publications à caractère violent, discriminatoire, humiliant ou à caractère sexuel.

L'organisateur demande aux parents de joindre leurs enfants le plus rarement possible

INTERRUPTION DU STAGE

L'interruption du stage volontaire ou sur blessure ne donnera pas suite à remboursement.

Le Comité se réserve le droit d'exclure un participant en cas de manque de respect, notamment par la publication de contenus à partir de leur portable. Aucun remboursement ne sera possible.

COMMUNICATION - INFORMATIONS

A l'occasion de chaque sortie ou d'activités pédagogiques, les éducateurs communiqueront sur les réseaux sociaux. Le Comité encourage les familles à se tenir au courant par ces biais et privilégier ces communications.

REGLEMENT DU PRIX DU STAGE

Tout stage doit être entièrement réglé au départ.

Le Comité accepte le paiement du montant total du stage en 3 fois maximum à la volonté des familles.

Les paiements par chèque (à l'ordre du CDPBHG - à envoyer à CDPBHG 190 Rue Isatis 31670 LABEGE).

Les paiements par virement bancaire est à privilégier (merci de noter l'intitulé suivant : "Stage Eté" + Nom de l'enfant). IBAN : FR76 1310 6005 0018 9140 1015 146 - BIC : AGRIFRPP831

A :

Le :

Signature Enfant

Signature(s) Parent

I. ENFANT

NOM : PRENOM :

SEXE

GARÇON	_____
FILLE	_____

 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

DATES

11

11

11

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___ / ___ / ___	VACCIN	___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
REVACCINATION	___ / ___ / ___	1 ^{er} RAPPEL	___ / ___ / ___		___ / ___ / ___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ?

[illegible]

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES			SCARLATINE		
non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐
COQUELUCHE			OTITES			ASTHME			ROUGEOLE			OREILLONS		
non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐	non	☐	oui ☐

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales),

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIF-IL UN TRAITEMENT ? ☐ non ☐ oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

out

oni

PRENOMS :

100

BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE	/	/
DEPART LE	/	/

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN
(qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :