

COUPON D'INSCRIPTION

STAGES - BASKET

AUTOMNE 2016

Catégories	Date	Commune	Salle	Horaires	Coût	Remarques
U7	Samedi 29 octobre	Saint Thurial	Complexe Sportif	10h 30– 12h	Gratuit	
U9	Vendredi 28 octobre	Saint Méen	COSEC	10h – 16h30	Gratuit	Si paiement par chèque, le mettre à l'ordre de l'office cantonal des sports de Montauban
U11	Jeudi 20 octobre Vendredi 21 octobre	Boisgervilly	Complexe Sportif	10h- 16h30	20€	
U13	Lundi 24 octobre Mardi 25 octobre	Montauban	Salle Delisse	10h – 16h30	20€	
U15 et U17	Mercredi 26 octobre	Montauban	Salle Delisse	10h – 16h30	10€	

Un contact téléphonique sera effectué de notre part uniquement en cas d'annulation et/ou de listes complètes.

⇒ À retourner **avant le 15 octobre 2016** à : Agence Départementale du Pays de Brocéliande
Educateurs Sportifs Départementaux
ZA la Nouette - 35160 Montfort/Meu

ou par mail : emmanuel.gregoire@ille-et-vilaine.fr

AUTORISATION d'INSCRIPTION (une feuille par enfant)

Merci de cocher la case correspondante au stage

- U7 : Samedi 29 octobre - à Saint Thurial – complexe sportif - 10h 30 à 12h – gratuit
- U9 : Vendredi 28 octobre - à Saint Méen – COSEC - 10h à 16h30 – gratuit – **prévoir pique-nique**
- U11 : Jeudi 20 octobre et vendredi 21 octobre - à Boisgervilly –complexe sportif - 10h à 16h30
- U13 : Lundi 24 octobre et mardi 25 octobre – à Montauban – Salle Delisse - 10h à 16h30
- U15 et U17 : Mercredi 26 octobre - à Montauban – Salle Delisse - 10h à 16h30

Autorisations parentales pour les participants mineurs :

Je soussigné(e), Mme, M : n° tél : mail :

Adresse :

Prénom (du mineur) : Nom (du mineur) :

Né(e) le (date de naissance du mineur) :

Ou en cas d'autorité parentale conjointe :

Mère :

Prénom : Nom : N° téléphone :

Adresse :

ET

Père :

Prénom : Nom : N° téléphone :

Adresse :

- Autorise celui-ci à participer aux activités proposées,
- Certifie que celui-ci est licencié(e) au club de affilié à la Fédération Française de basket **ou qu'il est couvert au titre d'une assurance contractée en matière de responsabilité civile pour la pratique de la discipline objet de l'activité proposée.**
- Autorise l'éducateur sportif responsable de l'activité à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de(s) l'enfant(s) (traitements médicaux, hospitalisation, transfusion sanguine, interventions chirurgicales notamment) en fonction des éléments mentionnés dans l'encadré ci-dessous (*précautions en matière de régime alimentaire et d'allergies notamment*). Je serai immédiatement contacté(e),
- Autorise à filmer et à prendre des photos de mon (mes) enfant(s) pendant les activités sportives choisies pour une utilisation éventuelle à but non lucratif dans les supports pédagogiques d'information et de communication du Département d'Ille-et-Vilaine, et ce, pour une durée illimitée,
- Certifie sur l'honneur récupérer mon (mes) enfant(s) à la fin de chaque animation sportive **et - ou** ¹ autorise celui-ci (ceux-ci) à rentrer par ses (leurs) propres moyens si je n'étais pas présent,
- Autorise **expressément** Prénom : Nom : à venir récupérer mon (mes) enfant(s) en fin d'activité²

A, le

Signature (s) : Mère

Père

¹ Rayer la mention inutile

² A ne remplir que si cette situation trouve à s'appliquer. Il doit impérativement s'agir d'une personne majeure.