

AÏKIDO Stage National



CID PROVENCE / PACA

JEUNES

Stage avec Hébergement
Pension complète
Soirée festive le samedi soir

18 / Mai
19 / 2019



Présentation obligatoire du passeport FFAB avec le timbre de licence de la saison en cours et le certificat médical en cours de validité

ANIMÉ PAR
Jean Pierre PIGEAU
CEN 7^{ème} Dan CSDGE
et
Fabrice CAST
CEN 6^{ème} DAN CSDGE

LIEU : Sainte Tulle (04220)
Route nationale 96
Route de Manosque

Samedi 18 mai
de 10h à 12h et de 15h à 17h

Dimanche 19 mai
de 9h30 à 11h30

Fiche d'inscription, autorisation parentale et fiche sanitaire de liaison à retourner avec le règlement avant le 5 avril 2019

www.ffabaikido.fr



Participation aux frais : 40 € (pratiquants Provence), 50€ (pratiquants hors Provence)
Renseignements : Fabrice CAST - 06.11.60.73.05 – fabricecast70@gmail.com



Fiche d'inscription au Stage National Jeunes À SAINTE TULLE (04220) les 18 et 19 mai 2019



A retourner avant le vendredi 5 avril 2019 avec le règlement (à l'ordre du CID de Provence Aïkido)

Par mail : fabricecast70@gmail.com

Par courrier : Fabrice Cast, 106 bd de la coopérative, 13610 Le Puy Sainte Réparate

ATTENTION NOMBRE PLACES LIMITE A 40 PERSONNES POUR LES HEBERGEMENTS

Nom : Prénom :

Âge : E-mail :

Adresse :

.....

Club :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Parent/Tuteur du ou des jeunes

N° de Téléphone :

A/ autorise mon ou mes enfants à participer au stage fédéral jeunes à Sainte Tulle du samedi 18 au dimanche 19 mai 2019, organisé par la Fédération Française d'Aïkido et de Budo.

B/ autorise les responsables du stage et l'encadrement à prendre mon enfant en photo ou à le filmer en vue de créer des supports de promotion du stage et de la pratique aïkido.

C/ autorise les responsables du groupe à faire pratiquer à mon enfant toute intervention médicale ou chirurgicale d'urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

A

Le

Signature :

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

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