



Stage à Martigues
du lundi 17 au vendredi 21 février 2025

Chers parents,

Vos enfants participeront à un stage organisé par le club à Martigues avec pour objectif de les faire progresser mais aussi de développer la cohésion au sein et entre les groupes.

Nous vous proposons, tout comme les inscriptions de septembre dernier d'utiliser le site COMITI pour remplir les documents et effectuer votre règlement.

Nous nous tenons à votre disposition pour toutes questions.

Vous trouverez ci-joints :

- Une autorisation de départ à compléter sur le site COMITI avant le 4 février 2025 accompagnée du règlement de 300 €.
- Règlement sur le site COMITI.
- En cas de désistement, aucun remboursement ne sera effectué, sauf sur justificatif médical. Une fiche médicale de liaison et des autorisations sont également à compléter.
- Une liste trousseau.

INFORMATIONS

Le séjour natation est prévu à Martigues et concerne 21 nageurs du groupe compétition.

Départ le lundi 17 février, à 6h45 en minibus, RDV devant la piscine de Villeneuve-lès-Avignon à 6h30.

Le retour se fera le vendredi 21 février aux alentours de 13h00. L'horaire de retour vous sera communiqué le jour même par le club via les groupes WhatsApp utilisés par les entraîneurs.

Nous essayerons au mieux de vous tenir informés du déroulement du stage.

DEROULEMENT DU STAGE

Hébergement : Hôtel le 5 37 Bd du 14 juillet à Martigues

Repas : Restaurant l'Esperienza 8 Quai des Girondins à Martigues

Transports : aller-retour en minibus, à pied et en minibus sur place.

Accompagnateurs : 2 entraîneurs du clubs et 2 alternantes (Laurianne et Laurie)

Natation : les 2 groupes nageront 2 fois 2h par jour sauf pour le groupe de Nicolas qui ne disposera que d'un seul créneau le mardi matin.

Temps libres : jeux ou balades encadrées par les accompagnateurs.

Trousseau conseillé pour le stage

NATATION :

- 1 sac de piscine
- 2 maillots de bain
- 1 bonnet de bain + lunettes de natation
 - 2 serviettes de bain + 1 gourde
 - Pull + palmes + tuba + planche

AUTRES :

- T-shirts
- Pulls
- Pantalons + shorts
- Sous-vêtements + chaussettes
 - Pyjama + pantoufles
 - Nécessaire de toilette
 - Mouchoirs
- Argent de poche et sucreries autorisés mais limités.

La literie sera fournie par l'hôtel.

Pensez à inscrire le nom de l'enfant sur ses vêtements.

A PRENDRE IMPERATIVEMENT POUR LE SEJOUR :

- SA CARTE D'IDENTITE (OU SON PASSEPORT)

AUTORISATIONS

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)
Père / Mère / Tuteur légal* de l'enfant.....
Autorise celui-ci à participer aux activités au sein de l'ASV Natation.

AUTORISATION D'EVACUATION ET DES SOINS :

Je soussigné(e)
Père / Mère / Tuteur légal* de l'enfant.....
autorise l'ASV Natation à prendre, sur avis médical, toutes dispositions nécessitées par l'état de mon enfant en cas d'accident.

AUTORISATION DE TRANSPORT :

Je soussigné(e)
Père / Mère / Tuteur légal* de l'enfant.....
autorise celui-ci à emprunter les moyens de transport mis à sa disposition par l'ASV Natation y compris les véhicules personnels des entraîneurs ou de toute autre personne organisatrice du stage et des parents éventuels qui accompagneront ces déplacements. Je m'engage à ne pas intervenir juridiquement contre l'ASV Natation en cas d'accident. Dans le cas contraire, j'accompagnerai moi-même mon enfant à chaque déplacement.

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES :

Je soussigné(e)
Père / Mère / Tuteur légal* de l'enfant.....
autorise l'ASV Natation à prendre en photo l'enfant cité ci-dessus pendant les activités au sein de l'ASV Natation. J'autorise l'ASV Natation à afficher ces photos dans ses locaux et éventuellement à publier ces photos dans des supports internes du club (site internet, presse...). J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

Fait à..... Le.....

Signature :

*rayer la mention inutile

AUTORISATION DE DEPART :

Je soussigné(e)

Père / Mère / Tuteur légal* de l'enfant.....

Déclare autoriser son départ au stage de natation qui se déroulera du 17 au 21 février 2025 à Martigues sous les conditions fixées par les autorités organisatrices de l'ASV Natation.

Je joins à cette autorisation le règlement de 300 € sur le site COMITI

Aucun remboursement ne sera effectué, sauf sur justificatif médical.

Fait à..... Le.....

Signature :

*rayer la mention inutile

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir la fiche sanitaire de liaison (Cerfa 85-0233)
et de joindre les photocopies du carnet de santé

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite par les parents. Si celle-ci fait défaut, il faut alors demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République.

L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e) le responsable légal, Melle / Mme / M. :

Nom + Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tel fixe : Portable :

Mail : Autre :

autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

Nom + Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

(Pièce à joindre en cas d'urgence : carte européenne d'assurance maladie)

Fait à..... Le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(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)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	____/____/____
Du DT coq	____/____/____
Du Tétracoq	____/____/____
D'une prise polio	RAPPELS

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

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____/____/____
.....	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 SI IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. N° DE DOMICILE BUREAU
 TEL

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) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : 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)

.....

.....

.....