

**FICHE D’INSCRIPTION**

**STAGES TOUSSAINT C.I.D**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIREUR**

Nom :      Prénoms :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone (portable) :      @mail :

Club :

Arme / catégorie       /       Numéro de licence :

Type de stage : **ATHLETE** (\*)  **FORMATION ARBITRE** (\*) **FORMATION DE CADRE** (\*) *(\*) cocher la case*

**⮚ ENTREE EN FORMATION:**  **Animateur Fédéral⮚ FORMATION CONTINUE(examen):**  **oui** **non**

***(\*) cochez la case***

**MODALITES D’INSCRIPTIONS**

⮱Soit par l’intermédiaire de votre club s’il centralise les inscriptions (votre club a reçu copie du dossier)

⮱Soit par vous-même en informant obligatoirement les responsables de votre club (Président(e), Maître d’armes…)

⮱Merci de régler votre inscription par **virement bancaire (RIB ci-joint)** en précisant : NOM + Prénom et TYPE de STAGE

**ATTENTION il s’agit d’un formulaire de 2 pages (fiche inscription et autorisation d’hospitalisation : utilisez les flèches de votre clavier pour le remplissage) à retourner uniquement par mail à cidchampard@crege.fr**

*(\*) cochez la case*

**TARIF INTERNE** ATHLETE(\*) : 100 Euros ANIMATEUR (\*) : 120 Euros ARBITRE(\*) :50 Euros

**TARIF EXTERNE** ATHLETE(\*) : 60 Euros ANIMATEUR (\*) : 120 Euros  ARBITRE(\*) : 50 Euros

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e):

En qualité de : *père/mère/tuteur*, autorise l’enfant (Nom, prénom)       à participer au stage de (Dates et Lieu)        ***organisé par le C.I.D Champagne-Ardenne.***

Adresse du responsable légal :

Téléphones (fixe et portable) :      @mail :

J’atteste avoir pris connaissance des différents documents joints : Autorisation d’hospitalisation et fiche sanitaire **et notamment les consignes relatives au coronavirus**.

Fait le :       Signature :

**SCANNEZ ET JOIGNEZ obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N° 10008\*02**



**AUTORISATION D’HOSPITALISATION**

**STAGES TOUSSAINT C.I.D**

**Monsieur, Madame**

**Tuteur légal de**

Autorise les responsables du stage régional à procéder à l’hospitalisation de notre enfant si cela s’avère nécessaire.

N’autorise pas les responsables du stage régional à procéder à l’hospitalisation de notre enfant si cela s’avère nécessaire.

J’autorise les éventuelles interventions chirurgicales.

Je n’autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales

J’autorise également à prendre les mesures nécessaires liées à la COVID

Je n’autorise pas les mesures liées à la COVID *(\*) cocher la case*

**Groupe sanguin obligatoire :**

**Traitement médical :**

**Allergies :**

**Régime alimentaire spécifique :**

Repas sans porc :  OUI NON

Repas végétarien :  OUI  NON

Allergies(s) alimentaires :  OUI  NON

Si oui, précisez

# POUR VOUS CONTACTER LORS DU STAGE

Téléphones :

Fait le :       Signature :



**PLUS D’ENVOI PAPIER** (il existe plusieurs applications gratuites pour téléphone mobile permettant de scanner des documents au format PDF)

**SCANNEZ ET JOIGNEZ obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N° 10008\*02**