

# *Informations*

Voici les renseignements à savoir pour le **bon déroulement** du stage :

## Horaire

Une garderie est prévue de 7h30 à 9h00 & de 16h00 à 17h30.

Les activités sportives sont organisées de 9h00 à 16h00.

Veuillez à **arriver à l’heure** car les moniteurs envoient les enfants à **9h00** au vestiaire.

Programme de la journée :

* De 9h00 à 12h00 : Les **activités aquatiques** se déroulent dans la piscine de Crisnée et sont dispensées par des moniteurs, animateurs et entraineurs brevetés.
* De 12h00 à 13h00 : Dans la cafétéria, les enfants partagent leur pique-nique qu’ils auront apporté sous la surveillance des moniteurs.
* De 13h00 à 16h00 : Les **activités multisports** et ludiques se déroulent dans une école proche de la piscine.

## A la fin du stage

L’enfant pourra participer à l’obtention d’un brevet de natation homologué par la fédération de natation.

L’enfant recevra une attestation de remboursement pour la mutuelle.

## Lors du stage chaque enfant apportera :

* Une gourde qu’on peut remplir, un pique-nique, collation(s)
* Un sac avec les affaires de natation : maillot, bonnet, lunettes, essuie
* Un sac avec les affaires de sport : short, t-shirt, pull, chaussures de sport
* Une casquette, du produit solaire, lunettes de soleil

# *Bulletin d’inscription*

Remise des bulletins d’inscription au plus tard pour **le dimanche 18 juin 2017.**

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DE L’ENFANT** |
| **Nom :**  | **Prénom :** |
| **Sexe : M [ ]  F [ ]**  | **Date de naissance :** |
| **Personne de contact :** | **GSM :** |

|  |
| --- |
| **Type de stage** |
| [ ]  Initiation | [ ]  Perfectionnement |
| **Période(s) de stage choisie(s)** |
|  **[ ]** Semaine du 3 au 7 juillet 2017 | 95€ |
| [ ]  Semaine du 10 au 14 juillet 2017 | 95€ |
| [ ]  Semaine du 17 au 20 juillet 2017 | 80€ |
| **Assurance** |
| **Assurance obligatoire** | 10,60€ |
| **Garderie** |
|  **[ ]** Semaine du 3 au 7 juillet 2017 | 20€ |
| [ ]  Semaine du 10 au 14 juillet 2017 | 20€ |
| [ ]  Semaine du 17 au 20 juillet 2017 | 15€ |

Afin que votre inscription soit **valable et définitive**, nous vous prions de bien vouloir effectuer le payement du stage dans les **5 jours ouvrables** au numéro de compte ci-dessous :

BE48 0016 8446 5927

Merci d’indiquer en communication libre : **Stage LgN + NOM et PRENOM de l’enfant**.

|  |
| --- |
| En cas d’absence de l’enfant, aucun remboursement n’est envisagé excepté si vous trouvez un remplaçant du même niveau pour la même période. |

**Signature**

# *Fiche de renseignement*

Remise des fiches lors du **premier jour du stage !**

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DE L’ENFANT** |
| **Nom :**  | **Rue : N° Bte** |
| **Prénom :**  | **Code postal :**  |
| **Sexe : M [ ]  F [ ]**  | **Ville :**  |
| **Date de naissance :** | **Age de l’enfant : ans** |
| **Collez une vignette ici** |
| L’enfant peut-il participer à toutes les activités proposées ? (natation, jeux, sport,…) [ ]  Oui [ ]  Non |
| Raisons d’une éventuelle non-participation :  |

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DU RESPONSABLE** |
| **Nom : Lien de parenté : GSM :** |
| ***2ème*** *personne de contact* |
| **Nom : Lien de parenté : GSM :** |
| ***3ème*** *personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables* |
| **Nom : Lien de parenté : GSM :** |
| ***Médecin*** *de la famille*: **Nom : Téléphone :** |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** |
| **Groupe sanguin :**  | **Rhésus :**  |
| **Vaccin Tétanos** Oui **[ ]** Non **[ ]  Rappel :** ……/……/…………. |
| **Asthme** Oui **[ ]** Non **[ ]**  | **Allergènes :**  |
| **Allergie « médicaments »** Oui **[ ]** Non **[ ]** Le(s) quel(s) : | **Problèmes de santé :** diabète, otites fréquentes, problèmes cardiaques/respiratoires, autres. |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS DIVERSES** |
| [ ]  J’autorise la prise de photos et leur diffusion dans le cadre interne au club LgN (site internet, stage…) |
| [ ]  J’autorise l’équipe d’animation à prendre en cas d’urgence et dans l’impossibilité de me contacter, toutes les dispositions nécessaires pour l’état de santé de mon enfant : intervention d’un médecin, hospitalisation… |
| ***Nous vous rappelons que les enfants sont sous la responsabilité des encadrants dans les horaires précisés.*** |

Fait à …………………………………… Le ……………………………… **Signature**