



## COMITE REGIONAL DE BRETAGNE DE TIR A L'ARC

Pierrick LEPARC Conseiller Technique Fédéral

Le Bois de la Garenne 35700 RENNES

Tél : 02 99 53 28 45

E-mail : LEPARCPierrick@aol.com

ARCHERS de BRETAGNE



# FEUILLE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE STAGE REGIONAL DE TIR A L'ARC RENNES DU 11 AU 13 AVRIL 2017

CLUB :

N° de licence FFTA :

Catégorie :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email parent :

Email du jeune :

Numéro de téléphone :

Numéro de portable d'un parent :

Numéro de portable du jeune :

*Le huitième stage régional de Pâques aura lieu du 11 au 13 avril 2017. Il est ouvert à tous les jeunes des groupes Regional/Départements/ETAF/ETARB, et sur demande du CTF (voir critères d'accès). Le tarif (location des équipements sportifs, repas, hôtel, participation à au moins deux concours FITA inclus) sera de **180 euros** par jeune.*

*Le Comité Régional prend à sa charge **120 euros** par jeune pour l'intégralité des participants. Il reste donc **60 euros** à la charge des archers ; une prise en charge partielle ou totale est possible par les clubs. Renseignez vous auprès de vos clubs.*

*L'encadrement sera fait par les cadres de la Ligue de Bretagne et ceux des Départements.*

*Hébergement hôtel IBIS \*\*\* Rennes Beaulieu Rue de Rennes - 35510 - CESSON SEVIGNE.*



*Début du stage le 11 avril à 9h30 à la salle de tir à l'arc de Rennes située au 8 avenue des Gayeulles, Fin du stage le 13 avril en fin d'après midi (environ 18h30).*





# COMITE REGIONAL DE BRETAGNE DE TIR A L'ARC

Pierrick LEPARC Conseiller Technique Fédéral

Le Bois de la Garenne 35700 RENNES

Tél : 02 99 53 28 45

E-mail : LEPARCPierrick@aol.com

ARCHERS de BRETAGNE



## AUTORISATION PARENTALE POUR UN ENFANT MINEUR

Je soussigné(e) ..... téléphone .....  
Profession ..... N° de SS .....  
Adresse .....

Agissant en qualité de Père / Mère / Tuteur / Tutrice / Organisme Social\*

\*Rayer les mentions inutiles

Autorise l'enfant (nom & prénom) ..... à participer au stage sportif à Rennes du 11 au 13 avril 2017 (compétitions, hébergements et déplacements) organisé par le COMITE REGIONAL DE BRETAGNE DE TIR A L'ARC.

Je vous signale les éventuelles précautions médicales, alimentaires et sportives à prendre :

Sachant que toutes les précautions seront prises, je lui permets de prendre part à toutes les activités prévues durant ce stage.

J'autorise la direction du Comité Régional de Bretagne de Tir à l'Arc, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, à prendre toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche. Les frais nécessaires au traitement seront à ma charge. Mon fils, ma fille, est licencié(e) à la F.F.T.A. par les soins du club, il bénéficie de la sorte de l'assurance fédérale. Il a passé une visite médicale de non contre indication à la pratique du Tir à l'Arc en compétition et son certificat médical est consigné dans son passeport, avec ou sur sa licence.

Fait le .....2017 à ..... Signature du responsable légal

**Feuille à retourner avec le règlement  
au nom du Comité Régional Bretagne de Tir à l'Arc pour**

**le 31 mars 2017.**

**Chez  
Monique SALAUN-LE BAUT  
GUERNEVEZ  
29460 LOGONNA DAOULAS  
06 75 67 28 85  
[monique.salaunlebaut@free.fr](mailto:monique.salaunlebaut@free.fr)**





**Plans d'accès et de l'hôtel**

**RENNES**  
Plan simplifié



**Salle de tir à l'arc des Gayeulles**  
Latitude GPS    Longitude GPS  
48°7'60" N    1°38'58" O





1 – ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.**

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_



**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

---

**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) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ **Signature :** \_\_\_\_\_