

# CAMP JEUNES COMBLOUX 2017

## Base V.T.T. FFCT des Portes du Mont Blanc

### 2ème édition

#### **Organisation :**

Comité Régional - Auvergne Rhône-Alpes  
Commission jeunesse

**Dates :**            **Dimanche 20 au Vendredi 25 août 2017**

**Lieu :**            **COMBLOUX - Centre de vacances HB de SAUSSURE**  
**Lycée privé d'enseignement général et technologique**  
**125, route du lycée**  
**74920 COMBLOUX**

Coût par personne : 200€ - par chèque à l'ordre du Comité Régional Auvergne – Rhône-Alpes de Cyclotourisme.

Les chèques vacances sont acceptés.

**Inscription :** AVANT LE 30 JUIN 2017, délai de rigueur

**SÉJOUR LIMITÉ A 100 PERSONNES**

**OU PLUS SI ENCADREMENT SUFFISANT**

**Merci de fournir la fiche sanitaire de liaison en double exemplaire**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

# FICHE D'INSCRIPTION

## Séjour du 20 au 25 août 2017

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Adresse :

N° Club :

Club:

N° de licence:

Téléphone (parents) :

Email (parents):

Portable (parents):

Portable jeune :

Email (jeune):

---

Joindre : Fiche sanitaire (en double exemplaire) **Pas de photocopies du carnet de santé**

Autorisation parentale

Droit à l'image

Charte de bonne conduite

Copie carte sécurité sociale

Recto Verso carte mutuelle

Inscription à renvoyer avant le 30 JUIN 2017

A l'adresse : **André TRIMAILLE**

**16, Impasse des Hébrayes**

**38 690 BIZONNES**

Joindre : un chèque de **200€** par personne à l'ordre :

*Comité Régional Auvergne – Rhône-Alpes de Cyclotourisme*

*Chèques vacances acceptés*

Signature des parents

Signature du moniteur

Ou du président

**NOM, Prénom du jeune :**

**Autorisation d'exploitation d'image (fixe ou animée) et du son**

Je soussigné (*Nom Prénom du représentant légal*):

Représentant légal de l'enfant (nom prénom) :

Autorisons, à titre gratuit, l'association **Comité Régional AUVERGNE - RHÔNE-ALPES de Cyclotourisme**, à **photographier / filmer** mon enfant .....et en **exploiter l'image et le son**, image sur tous types de supports lors des reportages / tournages réalisés

Les prises de vues ainsi réalisées seront exploitées exclusivement dans le cadre de la communication interne et externe de l'association « COMITÉ RÉGIONAL AUVERGNE – RHÔNE-ALPES », pour ses besoins de promotion ou d'information du public sur ses activités, mais également dans le but de graver les photos prises durant le séjour **VTT Multi-activités de Combloux** sur un support et d'en remettre un exemplaire aux participants qui souhaiteraient garder un souvenir de ces images.

Cette autorisation concerne notamment le droit au **Comité Régional Auvergne - Rhône-Alpes de Cyclotourisme** de représenter ou de se faire représenter, de reproduire ou de faire reproduire tout ou partie des photographies, par tous modes et procédés techniques connus à ce jour, notamment par voie de presse écrite (revue fédérale,...), audiovisuelle, informatique (réseaux informatiques...), sur tous supports (pellicules, papiers, vidéos, CDROM, DVD...), et en tous formats, insérés ou non dans des documents audiovisuels, informatiques, site Internet, dans le secteur non commercial, en vue de la réception collective et/ou domestique.

Fait à ..... , le .....

Date et signature des parents, précédées de « bon pour autorisation »

**Partie ci-dessous à lire et à signer par le jeune qui s'inscrit**

En apposant ma signature au bas de ce document je m'engage à :

- Participer au séjour et aux randonnées-vélos proposées
- Me préparer avant le séjour afin d'avoir une condition physique correcte
- **Préparer mon vélo et son équipement pour que les incidents mécaniques ne perturbent pas mon séjour**
- Rouler en ayant un comportement responsable et en respectant les règles de sécurité
- Ne pas apporter, ni utiliser d'objets dangereux : couteaux, briquets, etc.
- Ne pas apporter, ni consommer de produits interdits : tabac, drogue, alcool
- Respecter le matériel, mes camarades et les encadrants
- Participer **ACTIVEMENT** à l'installation et au rangement du campement
- A faire en sorte que mes affaires soient bien rangées durant tout le séjour
- Appliquer les consignes de l'équipe d'encadrement

En cas de non-respect d'un de ces points, l'équipe d'encadrement pourra aller jusqu'à exclure un jeune du séjour

Fait à ..... ,

le .....

Signature du jeune :

## AUTORISATION PARENTALE – REGROUPEMENT JEUNESSE

Club cyclotouriste de.....

Je, soussigné(e) (1) :

Demeurant (2) :

Téléphone domicile :.....Téléphone professionnel : .....

Autorise le ou la jeune (3).....à participer au séjour VTT multi-activités de COMBLOUX du 20 au 25 août 2017 avec Le Comité Régional AUVERGNE – RHONE-ALPES de cyclotourisme et à participer aux différentes activités encadrées par des éducateurs compétents

Recommandations des parents (médicales ou sur les activités):.....

Suit-il un traitement particulier ?

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je, soussigné(e) (1) : .....Père, mère ou tuteur légal, autorise Jacques VIEL Directeur du séjour, responsable du séjour référencé ci-dessus, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical, concernant le jeune (3) :  
.....

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités ou les séjours ci-dessus.

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Cette partie sert de retour d'informations vers les parents (Problèmes de comportement ou de santé remarqués par le moniteur)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 1 : Nom et prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal
- 2 : Adresse du déclarant
- 3 : Nom et prénom du jeune



**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**

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

**Copyright © 2000**