



En collaboration avec



PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR	
Date arrivée dossier :	<input checked="" type="checkbox"/> Dossier <input checked="" type="checkbox"/> Règlement
Acompte :	<input type="checkbox"/> 120 euros <input type="checkbox"/> 220 euros <input type="checkbox"/> Chèques vacances ou coupons sport
Solde :	<input type="checkbox"/> 1 fois par chèque ou virement <input type="checkbox"/> 2 fois par chèque ou virement <input type="checkbox"/> ..... par chèque ou virement + ..... par chèques vacances ou coupons sport <input type="checkbox"/> Chèques vacances ou coupons sport uniquement

# HANDBALL SUMMER STAGE

## Dossier d'inscription

à ANGLET du 29 juin au 3 juillet 2026

NOM :

PRENOM :

CLUB (pas de sigle SVP) :

FORMULE :  Pension complète avec transport\* (530 €)  
 Pension complète sans transport (490 €)  
 Demi-pension (290 €)

Pièces à joindre :

- Dossier dûment complété
- Fiche sanitaire de liaison (modèle joint)
- Attestation de natation 25 m, délivrée par les organismes compétents (piscines municipales) ou attestation sur l'honneur des responsables légaux (modèle joint)
- Attestation de droits CPAM/MSA 2026
- Attestation mutuelle 2026

\*Transport au départ de Niort ou région bordelaise.

Contacts :

Emilien LARRIERE (directeur) / 06.87.81.03.38

Mickaël MORENO (directeur adjoint) / 06.64.42.74.13

Sandra REISCH (responsable administrative) / 06.58.41.54.79

Mail du stage : [handballsummerstage.anglet@gmail.com](mailto:handballsummerstage.anglet@gmail.com)

## RENSEIGNEMENTS

Le joueur/La joueuse :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Numéros téléphones : (père) ..... (mère) : .....

Adresse mail (parents) : .....

Taille : ..... Poids : ..... Pointure : .....

Poste sur le terrain : ..... Latéralité : .....

Textiles (cocher la case correspondante) :

Taille tee-shirt

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL

Taille short

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL

## PARCOURS SPORTIF

Nombre d'années de pratique : .....

Nombre d'entraînements par semaine : .....

Nom/prénom de l'entraîneur(e) : .....

Niveau de jeu :

départemental     interdépartemental     régional     national

Participation aux stages/regroupements des sélections

départementaux     régionaux     nationaux

Joueur(euse) dans un établissement scolaire en section sportive ou pôle :  oui  non

Autres informations à porter à la connaissance du staff technique :

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

## AUTORISATION PARENTALE

Mme, Mr ..... En qualité de .....  
Autorisons notre fils/notre fille (1) .....

**A participer au HANDBALL SUMMER STAGE organisé par le comité de handball des Deux-Sèvres à ANGLET du 29 juin au 3 juillet 2026.**

A ce titre, il/elle (1) sera accompagné(e) de (pour son arrivée) : .....

Et sera accompagné(e) de (pour son départ) : .....

En cas d'accident :

J'autorise – Je n'autorise pas (1) les responsables du stage et le service médical à prendre toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation et l'anesthésie.

J'autorise – Je n'autorise pas(1) les responsables du stage à prendre en charge mon enfant après l'intervention médicale.

(1) Rayer la mention inutile.

N° de sécurité sociale .....

Nom de la mutuelle complémentaire .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM ..... Tél : .....

NOM ..... Tél : .....

Fait le ..... A .....

Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... autorise – n'autorise pas (1) le Comité Handball 79 à prendre des photos et vidéos des participants du Handball Summer Stage et à les diffuser sur son site internet et ses réseaux sociaux -Facebook et Instagram- à titre de promotion du Handball Summer Stage.

(2) Rayer la mention inutile.

## REGLEMENT

- Acompte versé via notre service de réservation en ligne.
- Acompte réglé par chèques-vacances ou coupons-sport.

Choix du règlement du solde (sélectionner une option) :

- En 1 fois par chèque ou par virement. Date :
- En 2 fois par chèque ou par virement. Dates :
- Chèque bancaire (.....)\* + chèques-vacances ou coupons-sport (.....)\*
- Chèques-vacances ou coupons-sport uniquement

\*Préciser les montants

**MERCI DE JOINDRE LE SOLDE AU DOSSIER. LES CHEQUES SERONT ENCAISSES AUX DATES INDIQUEES PAR VOS SOINS.**

Coordonnées bancaires :

IBAN	BIC					
FR76 1551 9391 0200 0205 7780 137	CMCIFR2A					

Dossier à renvoyer par mail

[handballsummerstage.anglet@gmail.com](mailto:handballsummerstage.anglet@gmail.com)

OU par voie postale :

Comité de Handball des Deux-Sèvres

28 rue de la Blauderie CS 38539 79025 NIORT CEDEX

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CAPACITÉ A SAVOIR NAGER

Ce document est à compléter si votre enfant sait nager mais que vous n'êtes pas en possession d'un certificat qui mentionne la réussite au test prévu à l'article A. 322-3-2 ou A 322-3-3 du code du sport : une attestation scolaire « savoir nager » ou une attestation fédérale « sauv'nage » ou attestation d'un maître-nageur sauveteur.

Je soussigné(e).....

atteste que mon enfant .....

Né(e) le .....

a la capacité à savoir nager vingt-cinq mètres (25m).

J'ai connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'exposerait à des sanctions pénales.

Fait à ..... le .....

Signature



## 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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.

## L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

## OCCASIONNELLEMENT

OU

## S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

#### Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_

PRÉNOM

portable : \_\_\_\_\_

travail : \_\_\_\_\_

Pere : dommelle : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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  
durée déterminée.

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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

## OBSERVATIONS