



En collaboration avec



PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Date arrivée dossier :



Dossier

Acompte :

☐ 120 euros ☐ 220 euros

☐ Chèques vacances ou coupons sport



Règlement

Solde :

☐ 1 fois par chèque ou virement

☐ 2 fois par chèque ou virement

☐ par chèque ou virement + par
chèques vacances ou coupons sport

☐ 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

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille short

XXS	XS	S	M	L	XL	XXL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, MrEn 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 :

NOMTél :

NOMTél :

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

FR76	1551	9391	0200	0205	7780	137
------	------	------	------	------	------	-----

BIC

CMCIFR2A

Dossier à renvoyer par mail

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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
Diphtérie				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 ?

ENFANT A-T-IL DESA LES MALADIES SUIVANTES ?									
RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<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)

Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015
10	10	10	10	10	10	10
20	20	20	20	20	20	20
30	30	30	30	30	30	30
40	40	40	40	40	40	40
50	50	50	50	50	50	50
60	60	60	60	60	60	60
70	70	70	70	70	70	70

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

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

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 :

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

OBSERVATIONS
