



**STAGE DE PRINTEMPS ROUTE SOUS L'EGIDE DU
COMITE DEPARTEMENTAL DE CYCLISME de Meurthe et Moselle
LE COMITE 54 ORGANISE UN STAGE ROUTE JEUDI 20 et VENDREDI 21 AVRIL 2023**

A destination des **JEUNES CYCLISTES DE MEURTHE et MOSELLE** à partir de
U15 > 13, 14 ans, U17 > 15, 16 ans à jour de leur licence 2023

Hébergement tout compris repas + 1 nuitée **30 €**

Au CLAM 36, Avenue de la Chartreuse 54510 ART-SUR-MEURTHE

Responsables :

Laurent LIEBROCK (OMS FROUARD POMPEY) avec l'encadrement du comité 54:

STAGE ROUTE réservé aux Jeunes pratiquants régulièrement dans leurs clubs :

Ce stage s'axera sur le perfectionnement

Inscriptions limitées (**dans l'ordre des inscriptions avant le 05/04/2023**)

Inscriptions limitées à envoyer rapidement avec le règlement **CHEQUE A L'ORDRE DU COMITE 54 DE CYCLISME**, bulletin d'inscription et fiche sanitaire auprès de :
Madeleine GASPARETTI : 4 rue de la grande corvée 54600 VILLERS LES NANCY tél. 06 81 29 36 88
president@comitecyclisme54.fr

**Fiche sanitaire, autorisation parentale et Bulletin d'inscription ci-joint
règlement** libellé à l'ordre du COMITE DE CYCLISME DEPARTEMENTAL

Pour ce stage en **pension complète**, vous devrez vous munir des équipements suivants :

- VELO DE ROUTE en parfait état de fonctionnement
- Tenues d'entraînements adaptées à la pratique du vélo afin de pouvoir pallier aux conditions météorologiques de saison ;
- Equipements de protection : casque, gants , Nécessaire de réparation ,Barres de céréales
- Nécessaire de prise de notes
- Linge de rechange pour la vie en intérieur :
- survêtement, pyjama, chaussons ou baskets propres, affaires de toilette avec serviette
- si médicaments personnels, joindre l'ordonnance.

Eviter de prendre un téléphone.

Nous demanderons aux parents de récupérer leur enfant qui ne respecterait pas la discipline.

Attention : Il n'y aura pas de remboursement en cas de défection non justifiée des stagiaires

INFORMATIONS SUR LE DEROULEMENT DU STAGE

Responsable : Laurent LIEBROCK : tél. 06 61 44 50 82

Nous donnons rendez-vous à tous les stagiaires et encadrants le JEUDI 20 AVRIL 2019 à ART SUR MEURTHE en tenue de vélo à 8H 30

Fin du stage : vendredi 21 avril à 17 h

Benoit GASPARETTI, MEMBRE DU BUREAU DU COMITE 54 -TEL 06 81 29 36 88

Madeleine GASPARETTI, Présidente du Comité Départemental de Cyclisme TEL 06 71 59 74 06

FICHE INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS STAGE ROUTE DE PRINTEMPS

NOM..... Prénom.....

Date de naissance :

Lieu:.....

N° de licence : Catégorie:.....

CLUB :

PARENTS Noms et prénoms :.....

Adresse précise

.....

Adresse mail :..... Téléphone.....

Téléphone des Parents : ou.....

Autres personnes pouvant être contactées en cas d'urgence :

Nom Prénom téléphone:

Nom Prénom téléphone:

Nom Prénom téléphone:.....

AUTORISATION PARENTALE.

Je soussigné(e).....

Père, mère tuteur légal autorise mon fils / ma fille

A participer au stage de Printemps organisé par le COMITE 54 DE CYCLISME qui aura lieu les 20 et 21 AVRIL 2023

Je m'engage à rembourser tous les frais supplémentaires occasionnés par le fait de mon fils / ma fille.

J'autorise les responsables du Vtt Fun Club à prendre toute décision en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils / ma fille au cas où les responsables légaux ne pourraient être prévenus. Je joins la FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fait à Le.....

Signature du responsable

Précédé de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation parentale »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	04065	00017812945	23	EUR

Domiciliation
CCM SAINT MAX MALZEVILLE

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8040 6500 0178 1294 523

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation

CCM SAINT MAX MALZEVILLE
105 AVENUE CARNOT
54130 ST MAX

☎ 0 820 097 557 (Service 0,12 €/min + prix appel)

Titulaire du compte (Account Owner)

COMITE 54 CYCLISME
CHEZ M CARPENTIER GILLES
5 CHEMIN DES SABLONS
54280 LANEUVELOTTE

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ