



**STAGE DE PRINTEMPS VTT SOUS L'EGIDE DU
COMITE DEPARTEMENTAL DE CYCLISME de Meurthe et Moselle
LE COMITE 54 ORGANISE UN STAGE VTT
les lundi 17, mardi 18 et mercredi 19 AVRIL 2023**

A destination des **JEUNES VÉTÉTISTES DE MEURTHE et MOSELLE** à partir de
U13 > 11, 12 ans, U15 > 13, 14 ans, U17 > 15, 16 ans à jour de leur licence 2023

Hébergement tout compris repas + 2 nuitées **50 €** (TARIF 100 € dont 50 € pris en charge par le COMITE 54 DE CYCLISME
Au CLAM 36, Avenue de la Chartreuse 54510 ART-SUR-MEURTHE

Responsables :

Benoit GASPARETTI et Madeleine GASPARETTI avec l'encadrement du comités 54.

STAGE VTT réservé aux Jeunes pratiquants régulièrement dans leurs clubs :

Ce stage s'axera sur le perfectionnement des disciplines du VTT (X COUNTRY, ENDURO, TRIAL) et détection

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

à envoyer rapidement avec le règlement **CHEQUE ou VIREMENT A L'ORDRE DU COMITE 54 DE CYCLISME**, bulletin d'inscription et fiche sanitaire auprès de :

Benoit GASPARETTI : 4 rue de la grande corvée 54600 VILLERS LES NANCY tél. 06 81 29 36 88
gasparetti.benoit@wanadoo.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 devez vous munir des équipements suivants :

- VTT en parfait état de fonctionnement et éventuellement vélo de trial en plus
- Tenues d'entraînements adaptées à la pratique du vélo afin de pouvoir pallier aux conditions météorologiques de saison ;
- Se munir de pédales plates si vélo normal et protège tibias pour le trial
- 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.

Éviter de prendre un téléphone.

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

INFORMATIONS SUR LE DEROULEMENT DU STAGE

INITIATION ET PERFECTIONNEMENT TRIAL, DESCENTE TYPEE ENDURO, RALLYE + STRETCHING et TESTS D'EVALUATION.

Responsable :

Benoit GASPARETTI : tél. 06 81 29 36 88 - Vtt Fun Club

Encadrement:

Madeleine GASPARETTI : tél. 06 71 59 74 06 – Vtt Fun Club

Nous donnons rendez-vous à tous les stagiaires et encadrants le lundi 17 avril à 8 h30 en tenue de vélo (trial).

Fin du stage : mercredi 19 avril à 17 h

Benoit GASPARETTI, Responsable Commission VTT du Comité de Meurthe et Moselle
Madeleine GASPARETTI, Présidente du Comité Départemental de Cyclisme

FICHE INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS STAGE VTT 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 du 17 au 19 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