

FEDERATION FRANCAISE DE TIR A L'ARC

LIGUE COTE D'AZUR DE TIR A L'ARC ALPES MARITIMES – VAR



SIRET N°420 576 118 00038



Destinataires : Présidents(es) de Clubs
Entraîneurs de Clubs
Archers

Mesdames et Messieurs les Présidents(es) de Clubs,
Mesdames et Messieurs les entraîneurs de Clubs,
Mesdames et Messieurs les archers,

La Ligue Côte d'Azur de Tir à l'Arc a le plaisir de vous communiquer les dates des stages de formations pour les jeunes archers pour la 2^{ème} partie de la saison 2011/2012.

Comme d'habitude il est indispensable que chacun d'entre vous fasse preuve de beaucoup de rigueur, **les inscriptions aux différentes sessions se feront obligatoirement dans la limite de 15 jours précédents le stage.**

Les stages du week-end sont communs pour les élites et pour les espoirs, et c'est au sein de ces stages week-end que l'équipe ETR de la Ligue Côte d'Azur organisera des niveaux

Tous ces stages se dérouleront au CREPS PACA Site de Boulouris, il s'agit de stages sportifs et non pas de stages de loisirs.

Stages Jeunes :

- A destination des jeunes ayant déjà 1 an de tir à l'arc et des catégories Benjamins, Minimes, Cadets et Juniors
- D'une durée de 2 jours à Boulouris pour un montant de 65 euros pour les archers de la Ligue (hébergement, repas et cours compris). Soit 85 euros moins 20 euros pris en charge par les CD83 et CD06. Pour les archers hors Ligue Côte d'Azur le montant est de 85 euros
- Centralisation des inscriptions chez Dominique FARJANEL et au moins 2 semaines en amont du stage pour l'organisation de l'hébergement au niveau de Boulouris.

Dominique FARJANEL Présidente de la Ligue
213 Route de Pégomas – Domaine de Beauvallon - 06130 GRASSE
Tél. 04.93.93.27.58 / 06.16.90.21.56 – Email : ppompeani@free.fr

Nous vous demandons d'inscrire les archers dans les 15 jours précédents chacun des stages.

Dans l'attente, Recevez mes sincères salutations sportives.

Fait à Grasse le 23 novembre 2011

La Présidente

Dominique FARJANEL

INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES STAGES WEEK-END

1/ Déroulement des stages :

- Arrivée au stage le 1^{er} jour au matin : 09h00
- Fin du stage le dernier jour au soir : 18h00
- Lieu : CREPS PACA Site de Boulouris

2/ Dates des stages sportifs à Boulouris:

- **14 et 15 janv. 2012 : inscription à envoyer à la Présidente avant le 22 déc. 2011**
- **4 et 5 fév. 2012 : inscription à envoyer à la Présidente avant le 20 janv. 2012**
- **17 et 18 mars 2012 : inscription à envoyer à la Présidente avant le 2 mars 2012**
- **7 et 8 avr. 2012 : inscription à envoyer à la Présidente avant le 24 mars 2012**

3/ Hébergement et restauration :

- Assurés par le CREPS et prévus dans le coût du stage.

4/ L'encadrement sportif du stage sera assuré par l'équipe ETR de la Ligue Côte d'Azur de Tir à l'Arc :

- Julien ALSBERGHE (C.T.R.)
- Les cadres membres de l'équipe E.T.R
- Les entraîneurs dans le cadre de leur formation continue"

5/ Les tireurs devront être munis impérativement :

- Matériel d'archerie en état
- Matériel de réparation (cordes...)
- 12 flèches au minimum de compétition
- Survêtements, chaussures de sport, vêtements chauds et de pluie
- Certificat et licence 2012 à jour
- **Fiche sanitaire de liaison correctement complétée jointe en copie.** Celle-ci n'est à fournir que dans le cas d'une 1^{ère} participation ou s'il y eut des modifications entre temps (vaccin, maladie, etc ...)

6/ Coût de participation au stage :

Pour un montant de 65 euros par stage pour les archers de la Ligue Côte d'Azur.

Pour un montant de 85 euros par stage pour les archers hors Ligue Côte d'Azur

à renvoyer avec les inscriptions à :

Dominique FARJANEL Présidente de la Ligue

213 Route de Pégomas – Domaine de Beauvallon - 06130 GRASSE

Tél. 04.93.93.27.58 / 06.16.90.21.56 – Email : ppompeani@free.fr

Aucune inscription ne sera prise le délai passé.

FICHE D'INSCRIPTION STAGE DE LIGUE AU CREPS DE BOULOURIS

Informations personnelles : Nom/Prénom : N°Licence : Date de naissance : Adresse : Tél et mail :
--

**Obligation de signaler tout problème de santé ou suivi d'un traitement médical.
Fournir obligatoirement la Fiche sanitaire de liaison.**

Nom du club : Nom/Prénom de l'entraîneur de club : Téléphone et Mail :
--

Performances personnelles : Meilleure performance sur tir de qualification en tir olympique et salle : Meilleure performance en duel : Tir olympique Meilleure performance sur fédéral :

BULLETIN D'INSCRIPTION

JE SOUHAITE PARTICIPER AU STAGE DE LIGUE ESPOIRS

- **14 et 15 janvier 2012** inscription à envoyer à la Présidente avant le 22 décembre 2011
- **4 et 5 février 2012** inscription à envoyer à la Présidente avant le 20 janvier 2012
- **17 et 18 mars 2012** inscription à envoyer à la Présidente avant le 2 mars 2012
- **7 et 8 avril 2012** inscription à envoyer à la Présidente avant le 24 mars 2012

Pour un montant de 65 euros par stage pour les archers de la Ligue Côte d'Azur.

Pour un montant de 85 euros par stage pour les archers hors Ligue Côte d'Azur

RAPPEL : Joindre un chèque d'inscription de€ par stagiaire à l'ordre de : « LA LIGUE CÔTE D'AZUR DE TIR A L'ARC » agrafé à la fiche d'inscription impérativement.

Les inscriptions (avec les chèques) doivent être envoyées à :

Dominique FARJANEL Présidente de la Ligue
213 Route de Pégomas – Domaine de Beauvallon - 06130 GRASSE
Tél. 04.93.93.27.58 / 06.16.90.21.56 – Email : ppompeani@free.fr

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon fils ou ma fille à participer au Stage Espoirs de Ligue Jeune de la Côte d'Azur qui aura lieu

14 et 15 janvier 2012 **4 et 5 février 2012** **17 et 18 mars 2012** **7 et 8 avril 2012**

En cas d'incident médical, je souhaite être prévenu au :

Le : Signature des parents :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTHÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS	VACCINS PRATIQUÉS		DATES		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	____ / ____ / ____	VACCIN	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____	1er RAPPEL	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TEL. _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

2/2

0000000