



# Stage Handball

## Vacances

**Date : Du Lundi 21 Octobre au Vendredi 25 Octobre**

**Horaires : De 8H00 – 17H30**

**Catégorie : MiniHand et Moins de 11 ans**

**Nombre de places : 20 Places MAXIMUM**

**Tarif : 80 €**

**Repas non compris : A la charge des parents**

**Règlements autorisés :**

- Chèque
- Espèce

**Inscription & Réservation :**

**Ronan VICTOR : 06-15-99-91-90**

**Mail : [ronan@handballclubrumilly.com](mailto:ronan@handballclubrumilly.com)**

### **Planning semaine**

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
8h - 8h45	Accueil	Accueil	Accueil	Accueil
9h30 - 11h30	Initiation Sport Collectif	Laser Game (Epagny)	Initiation Judo	Handball
11h30 - 12h00	Rangement et retour au calme	Rangement et retour au calme	Rangement et retour au calme	Rangement et retour au calme
12h00 - 13H30	Repas	Repas	Repas	Repas
13h30 - 16h45	Handball	Handball	Jeux Collectifs	Tournoi déguisé
16h45 - 17h	Rangement et changement	Rangement et changement	Rangement et changement	Rangement et changement
17h - 17h30	Gouter	Gouter	Gouter	Gouter

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné : .....

Représentant légal de .....

N° de téléphone du représentant : ...../...../...../...../.....

Adresse complète: .....

Déclare exacts les renseignements reportés sur ce dossier. Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et autorise mon enfant à participer au stage du Handball Club de Rumilly.\*

Autorise mon enfant à emprunter les transports prévus pour se rendre aux différentes activités organisées\*

Autorise les organisateurs à prendre toutes les dispositions, médicales ou hospitalières, nécessaires en cas d'urgence\*

Autorise le club à utiliser les photos et vidéos prises pendant l'évènement en vue de la promotion du HBCR et de ses stages

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM/Prénom : .....

Lien avec l'enfant (père/mère/...) : .....

Numéro de téléphone : ...../...../...../...../.....

Fait à .....

Signature :

Le ...../...../.....

\*mentions obligatoires



# FICHE SANITAIRE

Date/lieu de naissance de l'enfant :

le ...../...../.....

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ?

Oui       Non

Si oui, le(s) quel(s) ?

.....  
.....

Suit-il un régime alimentaire spécial ?

Oui       Non

Si oui, le(s) quel(s) ?

.....  
.....

Est-il sujet aux réactions allergiques ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

.....  
.....

Autres informations que vous souhaiteriez communiquer :

.....  
.....

