



# Stage Handball

## Vacances

**Date : Mercredi 4 Mars, Jeudi 5 Mars et Vendredi 6 Mars**

**Horaires : De 8H00 – 17H30**

**Catégorie : Moins de 18 ans**

**Nombre de places : 20 Places MAXIMUM**

**Tarif : 60 €**

**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

Stage Vacances				
	Heure	Mercredi 4 Mars	Jeudi 5 Mars	Vendredi 6 Mars
<b>Matin</b>	8h00 à 9h00	Accueil	Accueil	Accueil
	9h00 à 10h00	Échauffement	Échauffement	Échauffement
	10h00 à 12h00	Handball	Sports Collectifs	Tournoi en commun avec les - 15
	12h00 à 12h30	Récupération active	Récupération active	
<b>Midi</b>	12:30 à 13h30	Repas	Repas	Repas
<b>Après-Midi</b>	13h30 à 17h00	Handball	LaserMax	Tournoi en commun avec les - 15
	17h00 à 17h30	Retour au calme + Gouter	Retour au calme + Gouter	Retour au calme + 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 :

.....  
.....

