



Objet : COLLECTIF GRAVITY DH PERFORMANCE
Affaire suivie par : HENRY Emmanuel
Tél : 06 15 82 07 29
Email : ehenry@auvergnerhonealpescyclisme.com

Bourgoin Jallieu, le 13/03/2023



Cher sportif,

Dans le cadre du dispositif **GRAVITY DH Performance**, le Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Cyclisme organise un :

STAGE DETECTION COLLECTIF GRAVITY DH PERFORMANCE

Ce stage est ouvert aux enfants âgés de 13 à 16 ans, catégories U15 et U17, garçons et filles.

Qui se déroulera au lieu et à la date suivante :

**BIKE PARK CORMARANCHE - 01110 PLATEAU D'HAUTEVILLE
du samedi 8 au lundi 10 avril 2023.**

Le rendez-vous est fixé le :

**Samedi 8 avril à 10h00.
Fin du stage prévu le lundi 10 avril à 17h00.**

L'encadrement sera assuré par les entraîneurs du collectif GRAVITY DH PERFORMANCE BASTIEN Alexandre, GROIZARD Félix et VAUDAUX Vincent. Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Emmanuel HENRY au : 06 15 82 07 29.

Matériel à prévoir :

- VTT DH en bon état de fonctionnement
 - Tenue de Vélo
 - Casque Intégral et Casque Jet
 - Protections : gants, genouillères, coudières et dorsale
 - Serviettes de toilette
 - Tenue de sport + chaussure de sport
 - Affaires de rechange pour le Vélo
 - Tenue de pluie
- Matériel vélo de rechange et de réparation
 - Ravitaillement personnel



Les documents ci-dessous sont à renvoyer par mail à ehenry@auvergnerhonealpescyclisme.com :

- Fiche Inscription
- Fiche Sanitaire
- Autorisation prise de vue
- Autorisation parentale

Une participation de 90 € est demandée. Elle couvrira les frais d'hébergement, de restauration et d'encadrement. Le règlement se fera par virement bancaire, voir le RIB sur la fiche d'inscription.

Dans l'attente de vous accueillir, je vous prie de recevoir mes meilleures salutations sportives.

Emmanuel HENRY,
Conseiller Technique Régional

PROGRAMME
STAGE GRAVITY ENDURO PERFORMANCE #1

**programme prévisionnel*

	<i>Matin</i>	<i>Après-midi</i>	<i>Soir</i>
8/04	Accueil + Travail Technique	Travail Technique DH (Repérage, trajectoire...)	Analyse Mécanique
9/04	Test Physique + Test Pilotage	Travail Pilotage DH	Analyse Discipline
10/04	Travail Chrono DH	Endurance Pilotage	-





FICHE INSCRIPTION STAGE DETECTION DH PERF

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Tel :
N° de Licence : Club :
E-mail:@.....

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom/Prénom : Lien de parenté :
Tel :

Pièces à joindre à l'inscription :

- Cette fiche **remplie** et **signée**.
 - Règlement par virement bancaire avec la mention « STAGE DETECTION DH PERFORMANCE » + votre nom.
- Informations Bancaire : NOM (Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Cyclisme) - IBAN (FR76 1027 8072 6100 0202 6530 192) - BIC (CMCIFR2A)

Fait à le

Signature :

A renvoyer au plus tôt à l'adresse mail suivante :

ehenry@auvergnerhonealpescyclisme.com

Date LIMITE d'inscription : vendredi 31 mars 2023

Attention : Places limitées à 24 jeunes

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal *
* rayer la mention inutile

Coordonnées : _____

Autorise Monsieur ou Madame _____ (*reprendre le nom du responsable sur la convocation*), responsable des jeunes sélectionnés, à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitable sur mon enfant.

NOM enfant : _____ Prénom : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Qualité : _____

Téléphones (portable si possible) : _____

Fait à _____

Le _____

Signature :

Autorisation de prise de vue et de diffusion de l'image d'une personne mineure

Je, soussigné-e, M. / Mme, parent(s) ou responsable légal-e de
la mineure, demeurant au
.....

Accorde au Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Cyclisme le droit d'effectuer des prises de vues photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître.

Nous accordons l'autorisation des images captées, fixées et enregistrées sur un réseau filaire ou sans fils, de quelque nature que ce soit (Internet, réseau, local).

Nous accordons cette autorisation à titre gracieux et pour un territoire illimité. La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

Nous n'autorisons pas l'exploitation commerciale. Toute autre exploitation que celle indiquée dans la présente autorisation donnera lieu à nouvelle autorisation.

Nous n'autorisons pas le comité régional Auvergne-Rhône-Alpes de Cyclisme à céder les clichés représentant notre enfant à un-e tiers.

Ces dispositions sont portées à notre connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

N'accorde pas au Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Cyclisme le droit d'effectuer et de diffuser des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels notre enfant pourrait apparaître.

Fait à, le

Signature du / de la représentant-e légale :

Je, soussignée

Autorise la diffusion d'images et/ou de vidéos me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.
 N'autorise pas la diffusion d'images et/ou de vidéos me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

Date et signature de la personne mineure :



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :
Adresse :

Accueil : Dates du séjour :
 Séjour de vacances
 Accueil de loisirs
 Séjour dans une famille
Adresse :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :

travail :

portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :