



# FICHE D'INSCRIPTION 2026



Stagiaire Nom : ..... Prénom : .....

Resp Légal 1(Nom-Prénom)..... N° Tel: .....

Resp Légal 2 (Nom-Prénom)..... N° Tel: .....

N° de SS : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... /

Adresse Mail/1: ..... Adresse Mail/2 : .....

N° de Licence : ..... Age : ..... U : .....

Club : ..... Taille : ..... Poste : .....

Toute personne fréquentant le stage organisé par WBC doit être couverte par une assurance responsabilité civile et individuel accident. World Basket Camps dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradations des biens personnels ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

Possibilité de récupérer déposer les stagiaires à la Gare et Aéroport par mini Bus la veille du stage (dimanche). Aller et Retour : Attention Le transport n'est pas inclus sur le prix du stage inclus.

✓ WBC se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement des sommes déjà avancées. Les arrêts en cours de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.

<input type="checkbox"/> <u>Formule (A)</u> <b>Pension complète (Interne)</b>	<input type="checkbox"/> <u>Formules (B)</u> <b>Demi pension (Externe)</b>	<input type="checkbox"/> <u>Formules (C)</u> <b>Sans repas (Externe)</b>
<u>Pension Complète</u> <u>Hébergement + Repas +</u> <u>Transport + goûters + Activités</u>	<u>Sans Hébergement</u> <u>Repas + goûters</u> <u>+ Goûters + Activités</u>	<u>Sans Hébergement</u> <u>sans Repas</u> <u>+ Goûters + Activités</u>
<input type="checkbox"/> <b>490€ la semaine</b> <input type="checkbox"/> <b>980€ 2 semaines</b>	<input type="checkbox"/> <b>350€ la semaine</b> <input type="checkbox"/> <b>700€ 2 semaines</b>	<input type="checkbox"/> <b>230€ la semaine</b> <input type="checkbox"/> <b>460€ 2 semaines</b>

CAMPS	Début	Fin	Lieux	Taille Tee-shirt : XS S M L XL XXL
<input type="checkbox"/> Juillet	13/07/26	17/07/26	Châteauneuf	Marquage le nom du stagiaire sur le maillot + 8 €
<input type="checkbox"/> Aout	03/08/26	07/08/26	Châteauneuf	

## Parrainage : ce bulletin m'a été remis par :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Parrainage valable pour tout stagiaire qui n'est jamais venu à WBC.

Tout Parrainage donne droit à une réduction spécial.

- **1 Parrainages =Reduction(10Euro)**
- **2 Parrainages =Reduction(20Euro)**

Pièces à joindre au dossier :  
 2 enveloppes timbrées  
 (à votre Nom et adresse)  
 - attestation assurance.  
 -Fiche sanitaire de liaison  
 -- Règlement intérieur  
 (à télécharger sur notre site)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Camps WBC

35 Allée Vincent Scotto 13270 Fos/mer  
 Tel: 06.51.55.50.41

Règlement par chèque à l'ordre de:  
**World Basket Camps**



# DROIT A L'IMAGE



## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigne M. Mme (Nom) : ..... (Prénom) : .....

Adresse : ..... N° téléphone : .....

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

Les représentants de l'association : **WORLD BASKET CAMPS**

A prendre mon fils ou ma fille en photo à réaliser un film

**A utiliser sa/ses photo(s) pour une publication :**

Sur le site Internet de l'accueil de loisirs de l'association

Sur l'album photos ou le film qui sera réalisé à l'issue du séjour

Sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du stage de l'association.

### Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'association est garanti, de même que le droit de retrait.

Fait à: .....

Le : ...../...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »



# AUTORISATION PARENTALE



Je, soussigné M. Mme (Nom) : .....(Prénom) : .....

N°SECURITE SOCIALE : ...../...../...../...../...../...../

Adresse : ..... N° téléphone : .....

## Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

N° LICENCE : ..... né le : .....

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

Je soussigne Madame / Monsieur .....

autorise, mon enfant, à prendre le Bus avec les entraîneurs, et à se déplacer durant le stage pour participer les activités liés aux stages

- du: 13/07/26 au 17/07/26 Lundi à 8h30 Camps Châteauneuf les Martigues (Gymnase grand jas)
- du: 03/08/26 au 07/08/26 Lundi à 8h30 Camps Châteauneuf les Martigues (La plaine des sports)

- Atteste que mon enfant, est :**
- Apte Médicalement à pratiquer un sports**
- Licencié(e)**
- Non licencié (fournir un certificat medical)**
- Assuré(e) contre les accidents (sinon le signaler)**

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constaté par un médecin, dans le cas où mon enfant serait, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MEDICAL.

Fait à: .....

Le : ...../...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »



## WORLD BASKET CAMPS

### **Conditions générales :**

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** est censée connaître le présent règlement.

### **Assurances des stagiaires :**

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier et individuel accident. **World Basket Camps** dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradation, de biens personnels ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

### **Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration:**

Le calme doit régner en permanence dans l'internat et les lieux de restauration. Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement.

Sont interdits dans l'internat et les locaux communs aux stagiaires la consommation d'alcool et de tabac.

### **Paiement :**

L'inscription est prise en compte dès que l'acompte ou la totalité du règlement est versé.

Le solde dû sera versé à l'arrivée du stagiaire si la totalité du règlement n'a pas été faite à l'inscription. En cas de désistement, et sur justification :

- moins de 10 jours avant le début du stage l'acompte reste dû.
- 10 jours avant le début du stage, l'acompte sera rendu.
- Toute annulation de réservation de dernière minute peut engendrer des frais entre 50€ à 80€.

**World Basket Camps** se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement des sommes déjà avancées.

Les arrêts en cours de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.

### **Renseignements médicaux :**

Les parents des stagiaires informent **World Basket Camps**: des traitements, soins, régimes, allergies..., des particularités d'ordre médical qui affectent les enfants à l'aide de la fiche sanitaire de liaison, du numéro de sécurité sociale, adresse de la Caisse maladie, éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

En cas d'accident, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des familles des enfants mineurs.

**Autorisation :**

Les parents autorisent le responsable du camp ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence concernant leur enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

Je soussigné(e), ..... , représentant(e) légal(e) de .....

l'autorise à participer au stage de WBC à CHATEAUNEUF (cocher la période) :

du lundi au Vendredi

reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter totalement.

**A.....**

**Le:...../...../.....**

Signature précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé »



# FICHE SANITAIRE



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....BUREAU : .....

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.*

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---