

VELO PASSION

Pays Basque

CAMPUS de VERANO
CICLISMO DE RUTA
19 Hameau de l'Océan
64210 BIDART
FRANCIA
Tel/Fax: 0033 559.547.845

Señoras, Señores,

Tenemos el placer de enviarle este documento sobre Campus de Verano « VELO PASSION PAYS BASQUE » organizado para los jóvenes ciclistas de 13 años hasta 17 años en Bera Bidasoa (Navarra).

Estos campus están dirigidos por Bruno THIBOUT, quien acaba de retirarse del pelotón de los profesionales, y quiere dar a los jóvenes toda la experiencia de sus 11 años de alto nivel.

Nuestra asociación trabaja en colaboración con actores prestigiosos que son el Aviron Bayonnais, POLAR, la Fundación Ciclista Euskadi... con el objetivo de que sus hijos dispongan de condiciones ideales y vivan un campus de ensueño.

El número de plazas está limitado, por esto aconsejamos devolver la hoja de inscripción rellena lo más pronto posible con todas las hojas rellenas.

Para más información, puede llamarnos al número siguiente 0033 559.547.845 o al 0033 661.806.468 (Olivier MULLARD: responsable administrativo).

Atentamente,

Responsable Administrativo
Olivier MULLARD

Responsable Pedagógico
Bruno THIBOUT

VELO PASSION

Pays Basque

HOJA de INSCRIPCION

Campus de Verano « Vélo Passion Pays Basque »

Apellidos :
Nombre :
Fecha y Lugar de nacimiento :
Dirección :
Codigo Postal : Población :
Telefono : E.mail :
Equipo : N° Licencia :
Federación : Alava - Bizkaia - Guipuzkoa - Navarra - Otra :
Deseo participar al campus siguiente (señalar con un trazo)

- Campus 1: 04/07 - 09/07/05 Campus 4: 01/08 - 06/08/05
 Campus 2: 11/07 - 16/07/05 Campus 5: 08/08 - 13/08/05
 Campus 3: 18/07 - 23/07/05

Coste del campus :
(Alojamiento, comida, entrenadores, seguros, desplazamientos,
material...)

- Campus : 390 € ~~450€~~
 Posibilidad de 2 semanas - El fin de semana : + 75 €

Autorización de los padres :
El que suscribe (padre, madre o tutor legal) :
Apellidos :
Nombre :
Dirección :
Telefono :
Autoriza a mi hijo a participar al campus de ciclismo, organizado por Vélo
Passion Pays Basque.
En caso de emergencia, los dirigentes pueden tomar todas las medidas
para hospitalizar a mi hijo.

Devolver a :
Vélo Passion Pays Basque
19 Hameau de l'Océan
64210 Bidart
Francia
Tel/Fax : 0033 559.547 845
Mobile : 0033 661.806.468

Firma del representante legal

VELO PASSION

Pays Basque

INFORMACIONES PRACTICAS

CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

Estos campus se dedican en prioridad a los jóvenes de 13 hasta 17 años. (Se puede aceptar los de 18 años)

MODALIDADES de INSCRIPCIÓN

Envían el fichero de inscripción con su elección de campus (aconsejamos nos contacten previamente con el fin de conocer nuestras disponibilidades), acompañado del pago, de todos los documentos rellenos (Hoja de inscripción, Hoja de salud, certificado médico) y enviar la semana siguiente. La inscripción definitiva os será confirmada en el caso de que el fichero este completo.

PERIODO DEL CAMPUS

Cada campus empieza el lunes a las 13 horas y media y finaliza el sábado a las 12 horas.

REGLAMENTO DE LOS CAMPUS

El precio de un campus asciende a 390 euros incluyendo el alojamiento, la comida, los entrenamientos, el personal, el ocio, los desplazamientos y los seguros para la duración del campus. El transporte ida-vuelta al centro o a los puntos de encuentro son al cargo de cada participante. El pago se realizará a la orden de la asociación « Vélo Passion Pays Basque ». Se cobrará a la confirmación de su inscripción.

ALOJAMIENTO

Alojado en una casa rural reservado por el campus, los participantes tendrán todas las comodidades. Por eso, ningún comportamiento excesivo será tolerado y en el caso de deterioración los gastos serán a cargo de la familia del o de los responsables. (responsabilidad civil de los padres)

SALUD

Los participantes deben estar capacitados para la práctica del deporte. Una licencia o un certificado médico de menos de 1 mes se exigirá cada participante. Al fin de reaccionar lo más rápido posible hemos seleccionado los lugares más próximos en caso de emergencia.

DEVOLUCIÓN Y ATESTACIÓN DEL CAMPUS

Si lo desean, Vélo Passion Pays Basque puede facilitarles una atestación de participación que podría servir de factura en el caso de una devolución para un comité de empresa, una ayuda social. Ninguna atestación puede ser entregada antes del campus.

CONDICIONES DE ANULACIÓN

Toda inscripción será cerrada y definitiva. En el caso de anulación antes del campus (mínimo un mes antes), 50 euros serán cobrados para los gastos. Una vez empezado el campus no se puede hacer ninguna devolución.

VELO PASSION

Pays Basque

HOJA DE TRANSPORTE A DEVOLVER

APPELIDOS..... Nombre

Campus del hasta el

Mi hijo viajará en tren

Tren n°

Llegada el Horario.....

Salida el Horario.....

Mi hijo viajará en avión

Vuelo n°

Llegada el Horario.....

Salida el..... Horario

Deseo que mi hijo sea recibido en la estación de Irún o en el aeropuerto de Biarritz.

Deseo que mi hijo sea acompañado el día de salida en la estación de Irún o en el aeropuerto de Biarritz.

Deseo acompañar a mi hijo al lugar de la cita : estación de Irún mejor que en el centro (casa rural Alkerbera).

Otras notas:

.....

.....

.....

Gracias de enviar estos documentos a la dirección siguiente :

VELO PASSION PAYS BASQUE

19 Hameau de l'Océan

64210 BIDART

FRANCIA

Equipo para la semana

PREPARAR EQUIPO

ROPA PARA EL CAMPUS :

- Dos toallas
- Traje baño
- Un par de zapatos de deporte
- Una ropa para la lluvia (K-Way)
- Un chandal
- Un traje de baño
- Una bolsa de deporte
- Un par de « chanclas »
- Tu ropa de todos los días

EQUIPAMIENTO DE CICLISMO :

- Una bici de ruta en muy buen estado (cambio de velocidades, zapatillas, ruedas) con un desarrollo de 39x23 (el 25 es aconsejado).
- Una cámara de aire
- 2 bidones
- Un par de zapatos de bici con los calzos en buen estado
- Un casco
- Guantes
- Ropa para la lluvia
- 3 culottes cortos
- 3 maillots
- 1 maillot manga larga o paraviento y un par de perneras
- 3 camisetas
- 3 pares de calcetines
- 1 gorra
- 1 par de gafas de sol

Un certificado medico (a devolver con la hoja de inscripción)

RECOMENDACIONES

Evitar objetos de valor (reloj, joyos, walkaman...).

En el caso de desaparición, la dirección deniega toda responsabilidad.

Marcar la ropa.

IMPORTANTE

Todas las reparaciones de la bici durante el campus están al cargo del participante. (neumáticos usado, zapatillas...) y para las reparaciones importante los padres sean consultados previamente.



N° 10008*01

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 - ANTIDIPHTÉRIQUE - 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-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 TÉL. | _____ | 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)
