



# FICHE D'INSCRIPTION STAGES 2026

A renvoyer à : **AB Camps****2D RUE DES ACACIAS – 68400 RIEDISHEIM****Une QUESTION, Un NUMERO : 06.08.53.76.83**

NOM du STAGIAIRE : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .../.../..... Sexe : M / F Club : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

ADRESSE E-MAIL : ..... Taille de la TENUE : .....

J'inscris mon enfant au stage suivant : **ATTENTION ! POUR S'INSCRIRE A 2 STAGES, VEUILLEZ REMPLIR 2 FICHES**

**Obligatoire**  
**COLLER**  
**VOTRE**  
**PHOTO**

DATE	DISCIPLINE	LIEU	REFERENCE
.....	.....	.....	.....

<b>MINIBUS</b> Vous désirez utiliser le MINIBUS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si vous cochez "OUI" le lieu de ramassage sera : <input type="checkbox"/> Dessenheim <input type="checkbox"/> Rustenhart <input type="checkbox"/> Blotzheim <input type="checkbox"/> Sierentz	<b>NAVETTE</b> Vous désirez utiliser la NAVETTE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si vous cochez "OUI" le lieu de ramassage sera : Kingersheim    Morschwiller    Lutterbach    Illzach    Riedisheim Gare de Mulhouse    Sausheim    Blotzheim    Sierentz    Habsheim Rustenhart    Hirtzfelden    Ensisheim
--	---

**Carte de Membre AB Camps. 35 € OBLIGATOIRE****35 EUROS****LIEU : MULHOUSE CRSA – RIXHEIM SREG - TIVAT****DEMI PENSION ou INTERNE****PRIX :****WEEKEND 2 SEMAINES CONSECUTIVES 2 NUITEES 3 REPAS (90€)****2 EME PACKAGE TEXTILE ABCAMPS (40€) (SHORT/MAILLOT)****Ramassage MINIBUS MULHOUSE CRSA ou RIXHEIM SREG (30€)****ASSURANCE – ANNULATION" (50 €)****Voyage Accompagné"  Paris (115 €)  Lyon (95 €)****Réduction de 30 € pour DEUXIEME ENFANT NON cumulable avec label CLUB****Réduction de 30 € STAGE EN DEMI-PENSION MEMBRE 2025 (DATE BUTOIR 28/02)****Réduction de 50 € STAGE EN INTERNE MEMBRE 2025 (DATE BUTOIR 28/02)****Réduction \*CE (IRCOS/CEZAM/CE+) (5% du PRIX du Stage) – NON CUMULABLE****Réduction PARRAINAGE (30 € DP ou 40 € INT/ filleul) Nbre de filleul : x ..... € =****Autres REDUCTIONS : MVP 2025 / MIP 2025, etc... (Merci de joindre une photocopie)****TOTAL A PAYER**

\*Réduction Comités d'Entreprises : tampon obligatoire

Je règle par :  Chèque  Chèque ANCV  Bons CAF  Virement

## ADHESION – URGENCE - CONDITIONS D'INSCRIPTIONS

Je demande l'adhésion de mon enfant à l'association AB Camps. Le montant de celle-ci (carte de membre) est de 35 € par participant. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour. En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre à prendre les mesures médicales nécessaires. **J'ai pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscriptions présentées au verso.**

A ....., le .....

SIGNATURE :

Pour être validée, toute fiche doit être complètement remplie, accompagnée de votre paiement de **35 EUROS** pour la carte de membre, d'un paiement de l'acompte de **190 Euros** par STAGE, d'une photocopie de l'attestation d'assuré social, de la **FICHE SANITAIRE** et de l'autorisation du **DROIT D'IMAGE** (ni agrafe, ni trombone)

**ATTENTION !** Les réductions et autres remises ne sont pas cumulables. La meilleure remise sera validée, mais il ne sera plus possible de cumuler des réductions qu'elles soient périodiques ou annuelles.

**MERCI DE NOUS TRANSMETTRE UN DOSSIER COMPLET**

# Autorisation d'utilisation de droit d'image de mineurs

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

A l'attention d'**AB CAMPS**  
2D Rue des acacias  
68400 RIEDISHEIM  
Tel : 06.08.53.76.83  
E-MAIL : [contact@abcamps.fr](mailto:contact@abcamps.fr)

A....., le ..... 2026

Je soussigné ....., parent de ....., autorise par la présente l'association **AB CAMPS** à reproduire et à diffuser le(s) œuvre(s) identifié(s) ci-dessous :

~~LES PHOTOS ET LES PRISES D'IMAGES REALISEES DURANT LES STAGES **AB CAMPS** DANS LA PERIODE DU **01 JANVIER AU 31 DECEMBRE 2026**. CES PHOTOS ET IMAGES DE FILMS PERMETTRONT ESSENTIELLEMENT AUX PARENTS DESIREUX DE SUIVRE LEURS ENFANTS DURANT LES STAGES GRACE A UNE MISE EN LIGNE REGULIERE DE NOTRE SITE INTERNET DESIGNE A L ADRESSE SUIVANTE : [www.abcamps.fr](http://www.abcamps.fr)~~

Valable pour une période de **3 ANS**, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette révocation devra être faite par un courrier adressé à l'association **AB CAMPS** adressé en recommandé.

Le présent document n'autorise pas l'association **AB CAMPS** de céder ou de concéder un quelconque droit d'auteur attaché aux œuvres mentionnées ci-dessus.

DATE :

Signature des Parents ou du représentant légal :



## Conditions Générales de Participation

L'inscription d'un stagiaire sera validée par la réception de la fiche d'inscription dûment remplie et nécessairement accompagnée du **montant de la cotisation annuelle** (Carte d'adhérent à **AB CAMPS**) de **35 EUROS** par participant (payable exclusivement par CHEQUE BANCAIRE ou en ESPECES) et le montant des arrhes, soit **190 EUROS** par enfant qui pourra être payé en BONS CAF, CHEQUES VACANCES, CHEQUES BANCAIRES ou en ESPECES. **CONFIRMATION DE L'INSCRIPTION** : Entre 30 et 21 jours avant le début du camp, vous recevrez une convocation qui précisera les horaires ainsi que des détails techniques propres au séjour. **PAIEMENT DU SEJOUR ET ANNULATION** : Le montant du solde du séjour vous sera communiqué dès réception du dossier complet et devra être acquitté **au moins 30 jours** avant le début du stage. Vous pouvez régler ce solde en espèces ou par chèque. Le montant des aides : bons Caf, bourses, aides des comités d'entreprises seront directement déduits du solde à régler. **En cas d'annulation d'un séjour, les conditions sont les suivantes** : Annulation au moins 30 jours avant le début du stage, retenue fixe de 60 Euros. Annulation entre 30 jours et le début, retenue fixe de 90 Euros. **Un séjour commencé est à payer intégralement. En cas de blessures durant le stage**, un bon de réduction vous sera transmis pour une participation à une autre session. Ce bon sera calculé sur la base forfaitaire de **30 euros/jour** pour un interne et de **18 euros/jour** pour un demi-pensionnaire. **Pour bénéficier de cette mesure, il faudra transmettre dans les quarante-huit-heures un certificat médical.** **ASSURANCE ANNULATION** : Pour bénéficier de cette garantie un supplément est à payer. Un prix forfaitaire de **50 EUROS est à régler à l'inscription.** **ATTENTION !!!** Ni la carte de membre, ni le montant de l'assurance annulation ne seront remboursés. **RECLAMATIONS** : Les réclamations concernant les séjours devront être adressées par lettre recommandée à **AB CAMPS** 2D Rue des acacias 68400 RIEDISHEIM dans un délai de 8 jours maximum après la fin du séjour. **GESTION** : Les remboursements suite à une annulation seront réalisés au plus tard **pour le 30 OCTOBRE 2026.**

DATE :

Signature des Parents ou du représentant légal :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

ENFANT NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_  
 SEXE:  GARÇON  FILLE DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

VACCINATIONS *Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant.*  
 Si vous ne remplissez pas merci de joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé en mentionnant les noms et prénoms de l'enfant sur la feuille

Précisez s'il s'agit		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio				/ /	/ /
Du DT coq				/ /	/ /
Du Tétracoq				/ /	/ /
D'une prise polio Hépatite B				/ /	/ /
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	DATES	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES	DATES
/ /	/ /	/ /		/ /	/ /
1er VACCIN	VACCIN				
REVACCINATION	1er RAPPEL			/ /	/ /
				/ /	/ /
INJECTIONS DE SERUM		NATURE		DATES	
				/ /	/ /
				/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI \_\_\_\_\_

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

ASTHME	OUI NON	SI OUI QUEL TRAITEMENT: _____
ALLERGIES	OUI NON	PRÉCISEZ L'ALLERGIE: POLLENS, POUSSIÈRES, ANIMAUX, ALIMENTAIRES ...: _____

SI L'ENFANT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE?  OUI  NON  
 INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES: (maladies/accidents/crises/comvulsives/allergies/hospitalisation/operations/réductions)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS \_\_\_\_\_

Merci d'entourer les éléments de votre stage

LIEU: SREG RIXHEIM - CRSA MULHOUSE - TIVAT  
 SEMAINE: FEVRIER - AVRIL - SEM 1 - SEM 2 - SEM 3 - SEM 4 - SEM 5 - SEM 6 - OCTOBRE  
 SPORT: BASKET - FOOT - HAND - VOLLEY - VTT - GYM - WATERPOLO - BADMINTON TENNIS - JUDO - SKI/SNOW MULTISPORTS ou AUTRE

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS ET D'INDIQUER LES NOMS ET PRENOMS SUR LA BOITE DU MEDICAMENT ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT?  NON SI OUI, LEQUEL?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS ET D'INDIQUER LES NOMS ET PRENOMS SUR LA BOITE DES MEDICAMENTS.  
 RAPPEL: AUCUN MEDICAMENT NE DEVRA ETRE EN POSSESSION DES JEUNES PENDANT LE STAGE.

RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM: \_\_\_\_\_ PRENOMS: \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (Pendant le séjour): \_\_\_\_\_ VILLE: \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE PORTABLE DU RESPONSABLE LEGAL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ADRESSE EDUCENTREPAYEUR: \_\_\_\_\_

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

Date: / / Signature: \_\_\_\_\_

PARTIERESERVEEAL'ORGANISATEUR

Cachet de l'organisme (siège social)

LIEU DU SEJOUR

SREG RIXHEIM  
 5 Chemin de BRUNSTATT  
 68170 RIXHEIM  
 Centre Sportif Regional Alsace  
 5 Rue des Frères Lumières  
 68100 MULHOUSE

ARRIVE LE / /

DEPART LE / /

OBSERVATION FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin Dr \_\_\_\_\_, exerçant à \_\_\_\_\_, tél: / / /  
 Par le responsable sanitaire du séjour M/Mme \_\_\_\_\_, tél: / / /