

TIGERS SUMMER CAMP #4



POUR TOUS LES
LICENCIÉS FÉMININS ET MASCULINS
NÉS DE 2014 À 2008

LAC DU DER - GIFFAUMONT

DU 17 AU 23 AOÛT 2025



AU CHOIX :
CAMP 100% BASKET AVEC + DE 35H00 DE
BASKET OU AVEC 1 ACTIVITÉ NAUTIQUE

TARIF : 480€00 PENSION COMPLETE + 100€00 AVEC 1 ACTIVITÉ NAUTIQUE
INSCRIPTION JUSQU'AU 30/04/2025 - PLACES LIMITEES

RENSEIGNEMENTS :

AU 06.16.97.67.49 OU 06.60.97.35.85

PAR MAIL : GAUCHYBASKET02430@GMAIL.COM

SCAN ME



Pour tous renseignements contacter :
M. RAOUT Yvan au 0616976749
Mme BALIGNIEZ Séverine au 0660973585
ou par mail gauchybasket02430@gmail.fr

TIGERS SUMMER CAMP #4

du dimanche 17/08/2025 au samedi 23/08/2025



Après 3 éditions réussies, l'ASG GAUCHY BB
organise sa 4^{ème} édition du Tigers Summer camp
du dimanche 17 août 2025
au samedi 23 août 2025

Le camp se déroulera à la presqu'île de Rougemer
à Giffaumont (51)
au bord du lac du Der.

Vous serez hébergé au centre de vacances de Giffaumont - Champaubert
en pension complète.

Le plus de ce site est la proximité des installations sportives et du lac.

Ce camp 100% BASKET
est ouvert à tous les licenciés
féminins et masculins 2014 à 2008.

LE SITE

Situé sur la station nautique de Giffaumont en bordure directe du lac, le centre propose un hébergement tout confort pour l'accueil de groupes souhaitant pratiquer les activités sportives



L'HEBERGEMENT

L'hébergement se fera au centre de vacances
à Giffaumont - Champaubert (51)
en chambre de 2 ou 4 lits.

Chaque chambre est équipée de sa salle d'eau et d'un WC
privatifs et de placards de rangement.



LA RESTAURATION

Sous forme de self-service
Les repas sont préparés sur place à base de produits locaux



LES INSTALLATIONS SPORTIVES

- 1 gymnase équipé de 8 paniers avec vestiaires équipés de douches
- 2 terrains extérieurs



L'ENCADREMENT

Le camp sera encadré par :

- 1 directeur sportif
- des entraîneurs diplômés
- 2 intendants



Programme du stage

- ⇒ Perfectionnement des fondamentaux individuels offensifs et défensifs
- ⇒ Concours
- ⇒ Matches

Option supplémentaire : 1 activité nautique quotidienne au choix :

- Paddle
- Voile

LES TARIFS

480€00 sans option -

580€00 avec option 1 activité nautique / jour

10% de remise sur la totalité des séjours à partir du 2ème enfant de la même fratrie

Le prix sans option comprend :

La pension complète 7 jours et 6 nuits
Les entraînements - concours – matchs - dotations

Le prix avec option comprend :

La pension complète 7 jours et 6 nuits
Les entraînements - concours - matchs - l'activité nautique choisie

Le prix ne comprend pas :

Le transport

Le règlement :

Espèces
Virement (en indiquant le nom prénom de l'enfant),
Chèque à l'ordre de l'ASGG basket
(Possibilité de paiement en 4 fois par chèque donnés lors de l'inscription.)
Chèque vacances (ANCV)



Le séjour devra être soldé au plus tard le 30 mai 2025



PROGRAMME D'UNE JOURNEE TYPE

07h45 :	Réveil
8h00 à 8h30 :	Petit déjeuner
9h00 à 12h00 :	Réveil musculaire et fondamentaux individuels offensifs et défensifs
12h15 :	Déjeuner
14h00 à 16h00 :	Activité nautique, repos...
16h30 :	Goûter
17h00 - 19h00 :	Concours
19h15 :	Diner
20h00 à 22h00 :	Matches
23h00 :	Coucher



Pour tous renseignements contacter
M. RAOUT Yvan au 06.16.97.67.49
Mme BALIGNIEZ Séverine 06.60.97.35.85
Ou
Par mail : gauchybasket02430@gmail.com

Les dossiers d'inscription devront être complets et
envoyés à l'adresse suivante pour être validés.

ASG GAUCHY BASKET BALL
A l'attention de Mme Séverine BALIGNIEZ
209 rue Jacques Blanchot
02100 SAINT QUENTIN



FICHE INSCRIPTION TIGERS SUMMER CAMP #4 2025

Renseignements auprès d'Yvan :
06 16 97 67 49

PHOTO

COORDONNEES JOUEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe M : ☐ F : ☐ né(e) le : _____

Adresse : _____

Code postal + Ville : _____

E-mail : _____

COORDONNEES PARENTS (ou représentant légal)

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail : _____

Téléphone portable : _____

N° Sécurité sociale (prenant en charge l'enfant)

INFORMATIONS JOUEUR

Taille : _____

Poids : _____

As-tu déjà participé à un camp de basket ?

☐ Oui lequel ? _____

☐ Non

Taille : ☐ 12/14 ☐ S ☐ M ☐ L

☐ XI ☐ XXI

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical de moins de 3 mois ou licence à jour (à fournir pour le 01/08/2025)

- Assurance responsabilité civile des parents

- fiches inscription et sanitaire complétées

- photocopie de l'attestation de sécurité sociale mentionnant l'enfant

OPTION (facultative) :

☐ Paddle

☐ Optimiste

REGLEMENT

Le stage devra être soldé pour le
30 mai 2025.

Inscription :

☐ 480€00

☐ 580€00 avec 1 option nautique journalière

Paiement :

☐ Espèces (en 1 fois uniquement)

☐ Virement (en 1 fois uniquement)
Préciser le nom et prénom de l'enfant

☐ Chèque (en 4 fois max)

Nombre de chèques : _____
Préciser le nom prénom du stagiaire, la date d'encaissement. Les chèques devront être donnés lors de l'inscription

☐ Chèque ANCV

ATTESTATION

Je soussigné Mr, Mme : _____

Père, Mère, Tuteur de : _____

Avoir pris connaissances de conditions générales ci jointes et les ayants acceptées,
demande l'inscription de mon enfant et :

- Certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile
- Autorise toute intervention chirurgicale, anesthésie comprise, rendue nécessaire par l'urgence.
- Accepte de rembourser les médicaux ou hospitaliers engagés par l'association pour mon enfant.
- Prend note que mon enfant peut être renvoyé du camp si sa conduite perturbe le bon déroulement de celui-ci et que ce renvoi de ce fait ne donne droit à aucun remboursement
- De même, l'interruption du séjour motivé entre autres pour blessure ou maladie ne donne droit à aucun remboursement
- Accepte l'utilisation de l'image de mon enfant sur les supports de communication.

Fait à : _____ le : _____

Signature

REDUCTION :

10% sur la totalité des séjours dès le
2^{ème} enfant de la même fratrie.



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 : Nom : Prénom :

☐ fille ☐ garçon Date et lieu de naissance :

Adresse :

Adresse du séjour de l'enfant

Presqu'île de Rougemer, 51290 Giffaumont-Champaubert St Père

Dates du camp : Semaine N°34. Du 17/08/2025 au 23/08/2025

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

(EN JOINDRE UNE COPIE)

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

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 antitétanique 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 lisible 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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non

Alimentaire ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Régime alimentaire : ☐ oui ☐ non si oui lequel ? : _____

Enurésie nocturne ☐ 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 :

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 :

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ lien de parenté : _____