

TRAMPOLINE FREESTYLE

DU LUNDI 01 AU VENDREDI 05 NOVEMBRE



Pour les enfants de 11 à 17 ans
Groupe de 12 enfants maximum

CADRE RESERVE ELEVATION INDOOR

NOM : DOSSIER :

PRENOM : PAIEMENT :

TRAMPOLINE FREESTYLE

Le « STAGE TRAMPOLINE » permet d'apprendre tout en s'amusant, dans une dynamique de groupe propice au partage et à la créativité.

Toute une semaine avec des Praticants de la **Communauté**, et un Coach diplômé pour progresser dans les divers sports Freestyle :

TRAMPOLINE FREESTYLE

Voici ce petit guide pour vous préparer à cette fabuleuse semaine, vous y trouverez toutes les informations nécessaires :

CHECK-LIST DOCUMENTS

INSCRIPTION STAGE

COORDONNÉES DES ENCADRANTS

PROGRAMME & CHOIX SEMAINE OU JOURNÉE

CHECK-LIST MATÉRIEL

LA CHARTE ELEVATION

AUTORISATION PARENTALE - ALLERGIES & TRAITEMENT

QUESTIONNAIRE APTITUDE SPORT

TARIF ET INSTRUCTION PAIEMENT

CHECK LIST DES DOCUMENTS

Voici la liste des documents à apporter afin de finaliser votre inscription :

Autorisation parentale ELEVATION INDOOR
document téléchargeable sur www.elevation-indoor.com,

Inscription au STAGE

Assurance Responsabilité civile
voir avec votre assureur afin d'en obtenir l'attestation

Autorisation d'intervention chirurgicale + Allergies & traitement médical

Certificat médical si questionnaire négatif
des sports pratiqués lors des STAGES

Carte d'identité du/des parent(s) + Carte d'identité de l'enfant

**LE DOSSIER DOIT ETRE REMIS 48H MAXIMUM AVANT LE STAGE
TOUT DOSSIER INCOMPLET FERME L'ACCES AU STAGE**

INSCRIPTION STAGE *(remplir toutes les rubriques)*

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Adresse :

Code postal - Ville :

Sport Freestyle pratiqué :

Autre sport pratiqué :

Noms et Prénoms des parents :

Téléphones des parents :

Mails des parents :

Que recherches-tu en participant au stage, quels sont tes objectifs ? :

COORDONNEES DES ENCADRANTS

ELEVATION INDOOR

Base du Stage

04 50 74 02 83

13 rue du jura

74160 NEYDENS - FRANCE

contact@elevation-indoor.com

www.elevation-indoor.com



LE COACH :

Killian ARSIC

Trampoline

Gym



PROGRAMME & CHOIX SEMAINE OU JOURNÉE

DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H00 À 18H00

RENDEZ-VOUS DÈS 8H30 AU COMPLEXE FREESTYLE

JOUR

LUNDI

ACTIVITES

MARDI

ACTIVITES

MERCREDI

ACTIVITES

JEUDI

ACTIVITES

VENDREDI

ACTIVITES

TRAMPOLINE

LA SEMAINE

OU LUNDI 01

MARDI 02

MERCREDI 03

JEUDI 04

VENDREDI 05

SOITJOURS

ATTENTION :
PRIORITÉ AUX PARTICIPANTS
À LA SEMAINE COMPLÈTE

CHECK LIST MATERIEL

GENERAL :

Repas du midi

Goûter ou Espèces/CB :

possibilité de goûter sur place

Gourde ou bouteille d'eau

Elastique pour les cheveux

Petite serviette (transpiration)

Nécessaires de toilettes si besoin

VETEMENT JEAN INTERDIT

TRAMPOLINE :

Tenue de sport adaptée :

Jogging

Short

Tee shirt

Chaussettes antidérapantes
obligatoires (en vente sur place)



LA CHARTE ELEVATION

« TOUTE ÂME QUI S'ÉLÈVE, ÉLÈVE LE MONDE... » GANDHI

Lorsque vous entrez chez **ELEVATION**, vous prenez de l'altitude physiquement, nos éléments vous permettent de dépasser vos limites, nous sommes là pour vous y aider.

Lorsque vous entrez chez **ELEVATION**, vous vous élevez mentalement, par notre approche, le dialogue et votre motivation, nous parviendrons au dépassement de soi.

Lorsque vous entrez chez **ELEVATION**, les autres prennent soin de vous comme vous prenez soin d'eux, vous partagez ce que vous êtes au sein d'une Communauté, respectons nous et avançons ensemble.

Lorsque vous sortez de chez **ELEVATION**,
gardez à l'esprit que vous y êtes encore.

ELEVEZ - VOUS !!!

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous :

Nous, soussignés, père et mère de l'enfant

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant sus-mentionné.

N'autorisons pas le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant sus-mentionné.

Fait à, le

Signature des parents :

ALLERGIES ET TRAITEMENT MÉDICAL

ALLERGIES :

Alimentaires :

Acarions : Pollen : Animaux :Autres :

TRAITEMENT MEDICAL :

Cause :

Médicaments :
donnez le nom précis de ces médicaments (y compris leur dosage)

Fait à, le

Signature des parents :

QUESTIONNAIRE SANTE

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?			
As-tu été opéré (e) ?			
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?			
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?			
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?			
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?			
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?			
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?			
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?			
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?			
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?			
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?			
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?			
Te sens-tu triste ou inquiet ?			
Pleures-tu plus souvent ?			
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?			
Aujourd'hui		OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?			
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?			
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?			
Questions à faire remplir par tes parents		OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?			
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?			
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)			

QUESTIONNAIRE SANTE

ATTENTION :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal du pratiquant mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :
⇒ Attestation ci-après à fournir à ELEVATION INDOOR - Pas de certificat médical.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
⇒ Le certificat médical est obligatoire pour pratiquer les stages ELEVATION INDOOR

Attestation
(Pour les mineurs)

Je soussigné :

Nom :Prénom :
Représentant légal de l'enfant :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de stage sportif à ELEVATION INDOOR.

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à.....le.....

Signature

SEMAINE :



ou :
JOURNÉE



TARIF ET INSTRUCTIONS

PAS DE RESTAURATION

PAS D'HEBERGEMENT

L'INSCRIPTION EST VALIDÉE UNIQUEMENT
APRÈS LE PAIEMENT REÇU PAR ELEVATION INDOOR

L'INSCRIPTION EST NOMINATIVE

LE PAIEMENT EST UNIQUEMENT POUR LE STAGE
« STAGE ADD PARKOUR »
DONC NON TRANSFERABLE SUR UNE AUTRE OFFRE

LE PAIEMENT SE FAIT EN UNE SEULE FOIS

NON ECHANGEABLE

NON REMBOURSABLE



Ordre :
ELEVATION INDOOR
AU DOS : NOM - PRENOM
DE L'ENFANT



Libellé :
NOM - PRENOM
DE L'ENFANT

Relevé d'Identité Bancaire			
13825	00200	08014040168	84
c/Etabl.	c/guichet	n/compte	c/rib
Domiciliation		BIC	
CAISSE D'EPARGNE RHONE ALPES		CEPAFRPP382	
Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)			
FR76	1382	5002	0008 0140 4016 884
Agence LA ROCHE SUR FORON		Intitulé du compte SV ELEVATION INDOOR SAS	