



---

**CA MAYENNE - AC AMBRIERES**  
**CA EVRON - CANOM** Ernée/Gorron/St-Denis-de-Gastines

---

Association déclarée à la sous-préfecture de Mayenne sous le n°2798 - J.O. du 26 août 2000

Président : Guillaume BAR  
2 rue Eric Tabarly  
53100 MAYENNE  
Tél. 06.95.01.86.56  
Courriel : guillaume.bar@free.fr

Mayenne, le 2 juin 2026

Cher (e) Athlète,

J'ai le plaisir de te convier au stage de fin d'été (3 jours), qui se déroulera au :

**8 Milles Nautic de GRANVILLE**  
**du jeudi 27 août 2026 au samedi 29 août 2026**

Il reste à ta charge la somme de 90 euros, chèque ou virement à rendre en même temps que l'autorisation parentale jointe et la fiche sanitaire de liaison pour les athlètes mineurs.

Paiement possible avec les tickets CAF, les tickets MSA, les chèques-vacances, aide des comités d'entreprise, e-Pass de la Région ...

(pour information : environ 50% du coût à la charge de l'athlète et 50% à la charge du club)

**Virement à CA Mayennais section Athlétisme**

**IBAN FR76 1548 9047 7000 0584 6294 063**

**BIC CMCIFR2A**

**Départ : Jeudi 27 août à 8h00 au Stade de Mayenne**

**Retour : Samedi 29 août à 19h30 au Stade de Mayenne**

Ne pas oublier :

- sac de couchage ou drap, nécessaire de toilette, maillot de bain, crème solaire
- affaires de sport, chaussures à pointes, affaires et chaussures de bain
- une bouteille d'eau pour les entraînements

**Programme :**

- athlétisme en salle ou dehors : sprint, haies, sauts, lancers,
- sprint et relais variés sur la plage,
- footing sur les sentiers de randonnée, demi-fond
- activités nautiques : (sous réserve)  
ou autre activité loisir (sous réserve)
- soirées jeux, musique
- sorties accompagnées (sous réserve)

## 8 Milles Nautic de GRANVILLE

du jeudi 27 août 2026  
au samedi 29 août 2026

### Stage de fin d'été

**Inscription définitive et paiement de la participation  
avant le lundi 6 juillet 2026  
et dans la mesure des places disponibles (limitées à 35)  
(à partir des poussins nés en 2015)  
Ce stage concerne les athlètes motivés, ayant participé réguliè-  
rement aux entraînements, places prioritaires quand participation  
aux compétitions**

auprès de  
Guillaume Bar, 2 rue Eric Tabarly 53 100 MAYENNE  
Tél. 06 95 01 86 56  
courriel : guillaume.bar@free.fr

#### Chaque stagiaire s'engage

- à respecter le règlement interne du Centre Nautique
- à suivre les entraînements avec dynamisme et bonne humeur
- à ne pas s'absenter du stage sans autorisation du responsable
- à respecter les horaires de sorties prévus avec le responsable
- à continuer avec assiduité l'athlétisme à l'EANM pour la saison 2026/2027

#### IMPORTANT

*Pour s'inscrire au stage, chaque athlète devra être capable d'enchaîner une séance quotidienne d'athlé.*

*Pour cela : il faut penser à maintenir sa préparation pendant l'été : un footing de 15 à 25 minutes par semaine et la pratique d'autres sports (VTT, natation ...)*

*Au travail et bon courage !*

# EA NORD-MAYENNE

## **Fiche d'inscription**

**Stage GRANVILLE - 27 août - 29 août 2026**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Section : CAM - CAE - CANOM - ACA Catégorie : \_\_\_\_\_

Portable (parents) : \_\_\_\_\_

Portable (stagiaire) : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

ci-joint autorisation parentale pour mineurs + fiche sanitaire + Attestation Aisance aquatique

ci-joint règlement 90 euros

(par chèque à l'ordre du CA Mayennais, ou ticket CAF, MSA, coupons sports, chèques vacances, aide CE)

ou Virement à CA Mayennais section Athlétisme

IBAN FR76 1548 9047 7000 0584 6294 063

BIC CMCIFR2A

*“Je m'engage à me réinscrire au club Ea Nord-Mayenne pour la saison 2026/2027.”*

Date : \_\_\_\_\_

Signature :  
(des parents si mineur)



Président :

Guillaume BAR  
2 rue Eric Tabarly  
53100 MAYENNE  
Tél. 06.95.01.86.56

---

**CA MAYENNE - AC AMBRIÈRES**  
**CA EVRON - CANOM** Ernée/Gorron/St-Denis-de-Gastines

---

Association déclarée à la sous-préfecture de Mayenne sous le n°2798 - J.O. du 26 août 2000

**STAGE DE GRANVILLE**  
**Du 27 août au 29 août 2026**

## Autorisation parentale pour les athlètes mineurs

Je soussigné(e) NOM : PRÉNOM :

agissant en qualité de : Père, Mère, Tuteur (1)

de l'enfant : NOM : PRÉNOM :

N° de licence F.F.A. :

déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation du déplacement et du séjour et

- autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- autorise un des membres de l'encadrement (dirigeant ou athlète ou autre parent) à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou autre moyen de transport
- autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer les activités nautiques, déclare qu'il a obtenu un Test d'aisance aquatique ou Pass Nautique (attestation à fournir) et décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident.

Fait à :

Le :

Signature des deux parents

Noter ci-dessous les contre-indications médicales



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---