



Association Sportive loi 1901, N° 0841001689

**BMX Club Cavailon**

Piste de BMX du Stade Vivian Nizzola

Avenue Alphonse Jauffret - 84300 CAVAILLON

Tél. 06.26.01.02.53 / Fax. 04.90.78.15.47

[bicrosscavillon@free.fr](mailto:bicrosscavillon@free.fr)

[www.bmx-cavillon.fr](http://www.bmx-cavillon.fr)

## **CAMP D'ETE BMX CAVAILLON 2010**

### **Présentation et Déroulement**

#### **1) Le séjour :**

2 dates de stage vous sont proposées :

**\* du lundi 19 au vendredi 23 juillet 2010**

**\* du lundi 16 au vendredi 20 août 2010**

5 jours 4 nuits du lundi 9h30 au vendredi 19h30.

L'accueil se fera le lundi matin à partir de 9h30 sur la piste du BMX Club de Cavailon.

La clôture du stage aura lieu le vendredi à partir de 19h30 au club.

L'hébergement (4 nuits), petit déjeuner, repas de midi et du soir se feront au Centre de Plein Air et de Loisirs de Fontaine De Vaucluse.

Des piques niques ou repas froid pour midi seront préparés et se savoureront sur les différents lieux de pratiques ou à proximité des lieux de baignade en fonction de leur éloignement.

Les déplacements se feront avec un minibus.

#### **2) Les activités :**

- **BMX** : de 9h à 12h et de 18h à 20h encadré par un entraîneur diplômé d'état 1<sup>e</sup> degré accompagné d'un éducateur breveté fédéral.

Pratique loisirs et perfectionnement sur les pistes de Cavailon, Sarrians, Carpentras, Pernes Les Fontaines, Les Angles et Cornillon.

- **Baignade Surveillée** : l'après-midi de 14h à 17h au Plan d'eau des Salettes, à Prato Plage et à la plage de Carro (zones de baignade balisées).

- **Visite du patrimoine et de curiosité locale** (Fontaine de Vaucluse, Pont du Gard).

### **3) L'encadrement :**

Il sera assuré par Romain MELIN, entraîneur diplômé d'Etat 1<sup>e</sup> degré, entraîneur du BMX Club de Cavaillon et de l'Union BMX Vaucluse (Equipe Division Nationale 1) ainsi que d'un éducateur du club breveté fédéral.

#### *Leurs missions au niveau de la vie quotidienne :*

- Assurer l'organisation générale et le respect du planning
- Favoriser la cohésion du groupe
- Faire respecter les lieux d'hébergement
- Assurer le transport des stagiaires vers les lieux de pratique et/ou de loisirs
- Favoriser l'implication des stagiaires dans le bon déroulement du camp (nettoyage et rangement des parties communes, des lieux de vie et des espaces de pratique)
- Animer les temps de repos et de vie quotidienne.

#### *Leurs missions au niveau de la pratique BMX :*

- Assurer la sécurité des stagiaires durant la pratique
- Favoriser une progression technique individuelle et collective
- Valoriser le potentiel technique de chaque stagiaire
- Assurer la cohésion et l'entente du groupe durant la pratique
- Animer et organiser les temps de pratique
- Permettre à chaque stagiaire de se faire plaisir et de progresser dans les différents fondamentaux techniques de l'activité.

### **4) Aspect Educatif :**

Jeunes de 11 à 17 ans désireux d'apprendre et de progresser en BMX.

L'approche ludique est prédominante (se faire plaisir, donner l'envie de pratiquer).

Elle vise à donner au stagiaire un engagement personnel, une confiance en soi, une capacité à la prise de décision, un apprentissage de ses capacités physiques, et cela au sein d'une action socio-éducative et formatrice.

Sensibilisation au port des protections (Casque, gants, coudières et genouillères), respect de l'ordre et des temps de passage. Echauffement et étirement avant et après chaque entraînement.

Lors de la première matinée de pratique les éducateurs auront pour mission d'évaluer les stagiaires et si besoin de faire des groupes de niveaux.

Les éducateurs adaptent leurs séances et accompagnent les stagiaires le plus pertinemment possible dans leur progression.

L'objectif à court terme est d'évaluer le niveau des stagiaires pour leur permettre de situer leur niveau technique. Durant le stage, l'objectif sera de faire progresser les stagiaires dans chaque domaines techniques de l'activité et d'aborder la pratique du BMX de manière plus réfléchie et structurée (temps d'échauffement, de récupération, étirement, port des protections...).

## **5) Objectif :**

L'objectif du stage est de permettre à chaque pilote de découvrir et de se perfectionner sur les 5 pistes du département du Vaucluse ainsi que la piste de Cornillon dans les Bouches-du-Rhône.

La démarche pédagogique sera basée sur une approche ludique de l'apprentissage ayant pour fondement le plaisir de pratiquer.

Les après-midi sont dédiés aux jeux, à la détente, à la baignade et aux visites culturelles afin de permettre aux stagiaires de s'amuser et de s'instruire tout en découvrant les beaux coins de notre belle région.

## **6) Aspects Financiers :**

**Tarif du stage : 450 €**

Un **acompte de 200 €** vous sera demandé pour valider votre inscription.

Le règlement complet devra être effectué le 1<sup>er</sup> jour du stage.

Une **caution de 100 €** (non encaissée) est demandée aux stagiaires pour les dégâts éventuels dans les chambres, le minibus ou sur tout autre matériel (Cf. dossier déroulement du stage).

Un état des lieux d'entrée et de sortie est fait avec la présence des éducateurs, du gérant de l'hébergement et des stagiaires.

La détérioration d'une chambre, d'un véhicule ou du matériel par un stagiaire entraînera la retenue de la caution.

En cas de détérioration dans une chambre dont le coupable ne serait pas identifié, tous les membres de la chambre se verront retenir leur caution.

## **7) Conditions d'inscriptions :**

- être âgée de minimum 11 ans et de maximum 17 ans au moment de l'inscription.
- savoir nager.
- être licencié à la Fédération Française de Cyclisme en 2010.
- avoir rempli et complété le dossier d'inscription.
- le nombre de place est limité à 6.
- S'il y a moins de 4 pilotes, le stage sera annulé et les pilotes remboursés.

## **8) A joindre à l'inscription :**

- la **fiche d'inscription** remplie et signée
- la **fiche sanitaire** de liaison remplie
- un **chèque d'acompte** de 200 €
- un **chèque de caution** de 100 €
- un chèque de 250 € le 1<sup>er</sup> jour du stage pour compléter le règlement

## **9) Liste des affaires à prévoir :**

- un BMX en état de marche + 1 chambre à air
- une tenue BMX complète conforme au règlement FFC
- 1 serviettes de plage
- 1 maillot de bain
- Crème solaire
- Casquette
- Des affaires de rechange pour la semaine
- Le nécessaire de toilette
- 1 ou 2 serviettes de toilette

## **10) Aspect matériels :**

- Le port d'une **tenue réglementaire** selon le règlement FFC 2010 est obligatoire pendant le temps de pratique.
- Le vélo doit être en **parfait état de marche** et conforme au règlement FFC 2010.
- En cas de gros problème mécanique ou de besoin matériel, une réparation dans un magasin spécialisé pourra être effectuée (à la charge du stagiaire).

## **11) Hébergement / Repas :**

### **Centre Départemental de Plein Air et de Loisirs**

Route de Cavaillon

84800 Fontaine de Vaucluse

Tel. Administration : 04.90.20.32.33

Tel. Stagiaires : 04.90.20.20.23

Petit déjeuner et repas du soir au centre.

Repas de midi au centre et parfois sous forme de pique nique préparé par le centre suivant l'éloignement des pistes.

## **12) Accueil :**

### **Arrivée et départ**

- l'accueil a lieu à partir de 9h30 le lundi matin à la piste du BMX Club de Cavaillon.
- la clôture du stage aura lieu à partir de 19h30 le vendredi soir.
- Nous faire part au moins 2 semaines avant le début du séjour des horaires, dates et lieux d'arrivée et départ du stagiaire.
- les numéros de téléphone à joindre sont le 04.90.78.15.47 ou 06.60.22.93.32 ou 06.26.01.02.53 **du lundi au vendredi de 14h à 18h.**
- adresse e-mail à joindre : [rm.bicrosscavaillon@free.fr](mailto:rm.bicrosscavaillon@free.fr)

Présidente du Club : Edith ANDRE, Tél. 06.76.90.53.77

Trésorière du Club : Cathy MARC, Tél. 06.60.08.76.80 et 06.26.01.02.53

Entraîneur du Club : Romain MELIN, Tél. 06.60.22.93.32 Tél. / Fax : 04.90.78.15.47

SIRET 431.521.061.00017 – APE 926 C - Agrément DDJS n° 84-98-13 du 23 juillet 1998



Association Sportive loi 1901, N° 0841001689

**BMX Club Cavillon**

Piste de BMX du Stade Vivian Nizzola  
Avenue Alphonse Jauffret - 84300 CAVAILLON  
Tél. 06.26.01.02.53 / Fax. 04.90.78.15.47

[bicrosscavillon@free.fr](mailto:bicrosscavillon@free.fr)  
[www.bmx-cavillon.fr](http://www.bmx-cavillon.fr)

## FICHE D'INSCRIPTION CAMP D'ETE BMX CAVAILLON 2010

Nom et Prénom du stagiaire :

Nom et Prénom des parents ou Responsables légaux :

Date de naissance :

Age du stagiaire :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° de Téléphone :

N° de Téléphone Portable :

Adresse Email :

**AUTORISATION PARENTALE (à fournir au plus tard le jour du stage, avec votre règlement)**

*Je soussigné(e).....parent/représentant légal,  
Autorise mon enfant.....  
Licencié au Club de ..... N° licence :.....  
Domicilié (adresse personnelle complète).....  
.....  
.....*

*à participer au stage qui se déroulera à Cavillon, du (cochez le stage concerné) :*

- 19 au 23 juillet 2010
- 16 au 20 août 2010

*Il sera équipé de son matériel et des équipements de sécurité.*

*J'accepte le règlement intérieur du club.*

*J'autorise les responsables du stage à faire pratiquer tous les soins et interventions nécessaires à la santé de mon enfant, en cas d'accident.*

*Mon téléphone en cas d'urgence pendant le stage :.....*

*Fait à ....., le.....NOM & Signature.....*

Présidente du Club : Edith ANDRE, Tél. 06.76.90.53.77  
Trésorière du Club : Cathy MARC, Tél. 06.60.08.76.80 et 06.26.01.02.53  
Entraîneur du Club : Romain MELIN, Tél 06.60.22.93.32 ou Tél / Fax : 04.90.78.15.47



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 - ANTIDIPTÉRIQUE - 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		VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er 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
<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"/> OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<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"/> OUI

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_