|  |  |
| --- | --- |
| Wellin_Blason_big wellin**Centre sportif**A.S.B.L.N° d’entreprise : 671.736.183ING: BE**65 3630 7596 6396** | Rue Pachis Lampkin n°476920 WellinTel:084/388740E-mail: hallomnisports.wellin@gmail.com |

Chers amis sportifs,

**L’année 2018** sera synonyme de **nouveautés** pour votre **centre sportif** !

Depuis le mois de septembre dernier, un nouveau gestionnaire a été désigné par l’ASBL du Centre Sportif de Wellin afin de poursuivre le développement de l’activité sportive au sein de notre Commune.

Les objectifs sont donc de proposer une politique sportive de meilleure qualité en partenariat avec l’ensemble des acteurs de terrain que sont les clubs sportifs, les écoles, les associations…

La première action proposée sera d’organiser des stages sportifs ludiques et attractifs à l’attention de vos enfants.

Nous avons, dès lors, le plaisir de vous communiquer les dates des différentes semaines de stages pour l’année **2018** :

* **Carnaval :** du 12-02 au 16-02
* **Pâques :** du 03-04 au 06-04
* **Juillet :** du 23-07 au 27-07
* **Juillet août** : du 30-07 au 03-08
* **Août :** du 06-08 au 10-08
* **Octobre :** du 29-10 au 02-11

Nous vous invitons à « liker » la page facebook du Centre Sportif Wellin – CSW afin d’avoir de plus amples informations sur les stages et les évènements sportifs qui seront organisés tout au long de l’année.

En espérant que toutes ces nouveautés répondront au mieux à vos besoins et vos attentes, nous vous prions de recevoir, chers amis sportifs, nos sincères salutations sportives.

|  |  |
| --- | --- |
| Quentin WILMET,Gestionnaire du centre sportif. | Bruno MEUNIER,Président du centre sportif. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wellin_Blason_big wellin.jpgStagesCentre sportif Wellin | **Fiche d’inscription** |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS DU PARENT** |
| Prénom :…………………….……………………………………….Nom : ………………………….………………………………………Adresse mail……………...……………………………………….Adresse…………….……………………………………………….Code postal……………………………………………………….Localité…….……………………………………………………….Téléphone….………………………………………………………GSM…………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS DE L’ENFANT** |
| Prénom :…………………………………………………………….Nom :………………………………………………………………….date de naissance :…………………………………………….Stage………………………………………………………………… |

 |

 **Il n’y a pas de stages le Lundi de Pâques!** Les prix sont donc adaptés

Si vous l'estimez nécessaire, vous pouvez imprimer et compléter la [fiche médicale](http://www.stagesdaco.be/assets/doc/fiche-sante-daco-2017.pdf) et la remettre le 1er jour du stage au responsable.



Stages

Centre sportif Wellin

**Fiche de sante**

**Lors de l’inscription de votre enfant, nous prenons note de toutes les coordonnées téléphoniques nécessaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez encore nous fournir des informations complémentaires le premier jour de stage. Il est indispensable pour les moniteurs en charge de votre enfant de pouvoir vous joindre en cours de journée en cas de besoin (maladie, accident,…).**

**Si vous l’estimez nécessaire, vous pouvez remplir la fiche médicale ci jointe et la remettre le premier jour du stage au responsable ou nous la renvoyer par mail :** **hallomnisports.wellin@gmail.com**

**CETTE FICHE N’EST PAS OBLIGATOIRE. NE LA REMPLISSEZ QU’EN CAS DE BESOIN.**

**Le participant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom …………………………………………….. | Prénom :………………………………………… |
| Date de naissance :…………………………… |  |
| Adresse :………………………………………………………………………………………………. |

**Coordonnées :**

Où l’enfant vit-il habituellement ? Famille/institution/Grands-parents.

Personne à contacter en cas d’urgence pendant le stage :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nom : …………………………………… | Tél : ………………………………. | Lien de parenté :………………….. |
| 2. Nom : …………………………………… | Tél : ………………………………. | Lien de parenté :………………….. |
| 3. Nom :…………………………… | Tél : ………………………………. | Lien de parenté :………………….. |

**Santé**

Etat de santé de l’enfant : TB/B/moyen

Eléments auxquels il faut être attentif :……………………………………………..……

Régime particulier :…………………………………………………………………………

Groupe sanguin : .………………………………………………………………………….

Allergie :……………………………………………………………………………………..

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Date de vaccination ? :…………………………………………….

Remarques éventuelles concernant la santé de votre enfant : ………………………………………………………..

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur,….) : ………………………………………………………………………….

Date et signature : …………………………………………………………………………