



## LIGUE DU DAUPHINÉ-SAVOIE DES ÉCHECS CHAMPIONNAT DES JEUNES 2012

Bienvenue à toutes et à tous,

C'est avec plaisir que la ligue Dauphiné Savoie des Echecs vous accueille au Village Vacances "Les Balcons du Lac d'Annecy" à SEVRIER (74) afin de participer à ce Championnat des Jeunes.

Le comité d'organisation souhaite un excellent séjour aux parents et accompagnateurs et bonne chance aux compétiteurs.

Cordialement  
Le comité d'organisation



## LIGUE DU DAUPHINÉ-SAVOIE DES ÉCHECS CHAMPIONNAT DES JEUNES 2012

### Infos Accès

#### Adresse du Village Vacances

1487 route de Cessenaz

74320 SEVRIER

#### Coordonnées GPS

Latitude : 45.8389032

Longitude : 6.1411134



**Depuis Annecy :** A41 sortie Annecy centre (n°16) en direction d'Albertville. Traverser le village de Sévrier (RD 508). A Sévrier centre, après l'office de tourisme et la Poste, tourner à droite au rond point direction le Col de Leschaux. Continuer 3 kms (suivre les panneaux bleus) et le village de vacances se trouve en contrebas à gauche (bâtiment dans les tons roses et saumon).

#### **Comité d'organisation :**

Alain SAINT ARROMAN (Directeur des jeunes)

Claire PERNOUD (Arbitre)

Françoise RINGOT (Arbitre)

Christian EYDT (Coordination)

#### **Renseignements :**

06 24 59 53 52 [ch.eydt@sfr.fr](mailto:ch.eydt@sfr.fr)



## LIGUE DU DAUPHINÉ-SAVOIE DES ÉCHECS CHAMPIONNAT DES JEUNES 2012

### Procédure d'inscription

Compléter :

- La fiche d'inscription du joueur.
- La fiche médicale et de responsabilité
- La fiche de liaison sanitaire
- La fiche de réservation (joueur et accompagnateur)

Joindre :

Votre règlement :

- par chèque bancaire à l'ordre de la : **Ligue DSA des Echecs**
- par chèque vacances **ANCV**

Règlement comprenant :

- a) Réservation restaurant & hébergement \*
- b) Droits d'inscription (5€ ou 2,50€) \*\*

Le retour des dossiers d'inscription avec **vos** règlement par chèque doit se faire au plus tard le **10 Février 2012** à l'adresse ci-dessous :

Christian EYDT  
270, rue du Maconnais  
" La Dent de l'Ours"  
73000 Chambéry

Renseignements : 04 79 69 47 56 ou 06 24 59 53 52

[ch.eydt@sfr.fr](mailto:ch.eydt@sfr.fr)

\* Attention : Il est possible de régler partiellement ou en totalité, la partie restauration et hébergement par chèque vacances ANCV

\*\* Attention : l'inscription ne peut être réglée en chèque vacances ANCV



## LIGUE DU DAUPHINÉ-SAVOIE DES ÉCHECS CHAMPIONNAT DES JEUNES 2012

Village Vacances " Les Balcons du Lac d'Annecy" à SEVRIER (74)

### Fiche d'Inscription du Joueur

L'inscription au championnat est de 5€ (2,5€ pour les poussins & petits poussins)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Sexe : M ou F (1)

(1) Barrer la mention inutile

N° de licence : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_ Ligue : \_\_\_\_\_

Elo FFE : \_\_\_\_\_ FIDE : \_\_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

Précisions (régime alimentaire, date et heure d'arrivée, regroupement de personne, etc.....)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# LIGUE DU DAUPHINÉ-SAVOIE DESÉCHECS CHAMPIONNAT DES JEUNES 2012

Centre de Vacances " Les Balcons du Lac d'Annecy "  
23-24-25 et 26 février 2012

## FICHE MÉDICALE <sup>(1)</sup> ET DE RESPONSABILITÉ

*Ne concerne pas les joueurs âgés de plus de 18 ans*

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père <sup>(2)</sup>, mère <sup>(2)</sup>, représentant légal <sup>(2)</sup>

du joueur : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

1. -Renseignements susceptibles d'intéresser l'organisateur et les secours sur la santé de votre enfant. (allergie médicamenteuse, allergie alimentaire, asthme, hémophilie, autre...) :

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

2. -Autorise le ou les médecins appelé(s) au chevet de mon enfant, à prendre toutes les mesures d'urgence (y compris chirurgicales) que pourrait requérir son état de santé pendant la durée du championnat d'échecs de la ligue Dauphiné-Savoie qui se déroulera au Centre de Vacances "Les balcons du lac d'Annecy" du 23 février 2012 à l'arrivée au 26 février 2012 au départ.

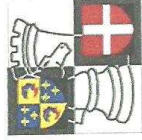
3. -Déclare accepter les instructions portées à ma connaissance dans les documents fournis par la ligue du Dauphiné-Savoie et décharge la responsabilité de l'organisateur pour tout incident ou accident causé aux tiers et aux biens par mon enfant pendant la durée du championnat de ligue.  
En cas de non respect des règlements administratifs dans les lieux d'hébergement, de restauration et de jeu, la ligue du Dauphiné-Savoie se réserve le droit d'expulser l'enfant turbulent avec facturation des frais éventuels aux parents.

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

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Cette fiche confidentielle restera en la possession exclusive de M. EYDT Christian et sera détruite par ses soins après le championnat de ligue.

(2) Barrer les mentions inutiles



**Championnat Dauphiné-Savoie des Jeunes 2012**  
**23-24-25 et 26 février 2012**  
**"Les Balcons du Lac d'Annecy"**

Nom et prénom du joueur :				
Nom et prénom de l'accompagnateur :				
Choix de la formule	Formule *	Détail	Joueur	Accompagnant
A	du jeudi 23 après midi au dimanche 26 après midi	3 nuits + petits déj 6 repas	93,00€	133,00€
B	du vendredi 24 après midi au dimanche 26 après midi	2 nuits + petits déj 4 repas	70,00€	97,00€
Repas en demi-pension		1 déjeuner ou 1 dîner	8,00€	15,50€

Choix de la formule du joueur	A ou B		€
Choix de la formule de l'accompagnant	A ou B		€
Repas en demi-pension	nombre : x	=	€
Inscription (5€ ou 2,5€)			€

**Chèque à l'ordre de la ligue Dauphiné Savoie des Echecs** Total : €

\* La location commence le jeudi ou vendredi après midi avec le repas du soir. Elle se termine le dimanche par le repas du midi.



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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

*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.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....