



# Association Vaudoise de Pétanque

## Camp de pétanque 2021 – du 11 au 17 juillet 2021

Document mis à jour le 29.04.2021

- Date :** du dimanche 11 juillet au samedi 17 juillet 2021
- Rendez-vous :** le dimanche 11 juillet 2021 à 17h00 au chalet Scout de Cugy
- Fin de camp :** le samedi 17 juillet 2021 entre 13h30 et 15h00 au Chalet Scout de Cugy
- Logement :** Chalet scout à Cugy, logement en dortoir
- Entraînements :** Au boulodrome du Mont-Sur-Lausanne – Zone sportive du Châtaignier
- Repas :** Déjeuner et repas du soir au chalet Scout de Cugy  
Repas de midi au boulodrome
- Organisation :** Association Vaudoise de Pétanque  
Responsable du camp et Covid 19: Josquin Mathez  
Entraîneur sportif : Zvonko Radnic  
Renate Luethi  
Accompagnant aux ateliers Jordan Von Bergen  
Responsable des repas : Guillaume Graf  
Animation en soirée : Isabelle Zadory  
Aide au chalet : Rachel Friedli
- Repas de midi : Boulodrome du Mont
- Prix du camp :** 270.- par participant
- Paielements :** Association Vaudoise de Pétanque (AVP) - 1000 Lausanne  
IBAN: CH58 0900 0000 1740 5638 7  
compte: 17-405638-7
- Médical :** Toute allergie ou prise de médicaments doivent être annoncées au responsable du camp.  
Les parents qui ne désirent pas que l'on donne de l'Arnica ou du Paracétamol pour les maux de tête sont priés de le signaler au début du camp  
Les médicaments pour les traitements médicaux doivent être mis dans un sac à part et remis au responsable au début du camp.
- Matériel :** Nécessaire de pétanque : Boules, chiffon, but  
Tenue la journée selon météo : dans le cas de beau temp, short, t-shirt, basquette fermée, casquette. Il y a un boulodrome couvert en cas de mauvais temps.  
Les douches se prennent dans les vestiaires du foot à 50 m du chalet de Cugy. Il faut mettre les affaires de toilettes dans un petit sac à dos.

Un drap de lit pour le matelas  
Sac de couchage et coussin avec housse  
Habits de rechange pour la semaine  
Veste de pluie  
Crème solaire  
Anti-tique et Anti-moustique  
**Maillots de bain et linge de bain**

**Valeurs :** L'enfant est responsable de ses affaires en général.  
L'utilisation des téléphones sera limitée. Pendant les entrainements, ceux-ci seront interdits. Au chalet, leur utilisation sera autorisée sur une durée limitée.  
Le jeune peut avoir une somme d'argent de poche sous sa responsabilité pour s'acheter des extras à la buvette du boulodrome. A fortiori, il n'en a pas besoin.  
Les jeux électroniques sont interdits pendant le camp.  
L'AVP décline toute responsabilité en cas de vol, perte ou de dégâts sur les effets personnels du participant.

**Assurances :** Le participant doit obligatoirement être assuré en maladie-accident et la famille doit être au bénéfice d'une assurance responsabilité civile.  
Les frais consécutifs aux soins médicaux donnés durant le camp par un médecin ou dans un cadre hospitalier sont exclusivement à la charge des responsables légaux du participant et de son assurance maladie et accident.

**Renvoi :** L'AVP respectivement le responsable de camp se réserve le droit de renvoyer les participants qui ne respectent pas les consignes et les règles ou qui perturbent la vie du camp.  
En cas de renvoi ou de retour involontaire, le prix du camp reste intégralement dû. Les responsables légaux doivent venir chercher le participant.

**Image :** L'AVP est autorisée à utiliser pour son usage interne et externe les photos prises durant les activités du camp par l'équipe d'encadrement, et ce dans les limites du respect du droit à la personnalité.

**Contact :** Pour les inscriptions, renseignements et paiements Josquin Mathez  
078 812 29 64 [josquinmathez@msn.com](mailto:josquinmathez@msn.com)

**Urgence :** Contact en général : Josquin Mathez 078 812 29 64  
Contact au chalet Guillaume Graf 079 259 99 54

**Journée type :** Lever : 7h30 : déjeuner, vaisselle, toilettes  
Début des ateliers 8h45  
Pause dans la matinée 15 min  
Repas de midi 12h15  
Reprise des ateliers : 13h30  
Pause de l'après-midi 15 min  
Fin des ateliers 17h00  
Douches, activités au chalet  
Souper 19h30  
Activités du soir  
Extinction des feux 22h15

**Journée sponsor :** le mercredi 14 juillet 2021

Formulaire de renseignements pour le camp de pétanque du 11 au 17 juillet 2021 :

A renvoyer pour le 31 avril 2020

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |       |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|
| Nom :                                             | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   | Prénom :                     | ..... |
| Date de naissance :                               | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Représentant légal :                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Adresse :                                         | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| N° postal - localité                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Camp payé par :<br>( personne ou institution)     | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Téléphone en cas d'urgence :                      | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |       |
| Courriel :                                        | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |       |
| Allergie (S) connue (S)                           | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                               |                              |       |
|                                                   | <i>Les symptômes et les recommandations concernant les allergies doivent être annoncés clairement et, le cas échéant, nous nous réservons le droit de refuser le dossier d'inscription au camp si les risques sont jugés trop élevés pour les responsables du camp.</i> |                              |       |
| Médecin traitant :                                | .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |       |
| Assurance maladie et accident                     | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| N° d'assuré :                                     | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Acceptez vous que...                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |       |
| Nous donnions des médicaments en cas de maladie ? | <input type="checkbox"/> OUI                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NON |       |
| Nous donnions des pilules homéopathiques ?        | <input type="checkbox"/> OUI                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NON |       |
| Lieu et date :                                    | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |
| Signature :                                       | .....                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |       |

Formulaire à renvoyer par courriel à [josquinmathez@msn.com](mailto:josquinmathez@msn.com) ou par courrier à Josquin Mathez – Ch. De Potteilaz 113 – 1030 Bussigny