

STAGE DE CHANT CHORAL 2025

pour Soprane et Alto de 8 à 25 ans



Lieu de stage :
Centre des Pénitents à Mèze

**DU 15 FÉVRIER
AU 20 FÉVRIER**

**INSCRIPTIONS AVANT
LE 15 JANVIER**

CONTACTEZ NOUS

06 78 54 30 97



occitanie@petits-chanteurs.com



Formateurs Contenu

EQUIPE PÉDAGOGIQUE

- Directeur : Cyprien Sadek
- Technique vocale : Ulrike Van Cotthem
- Accompagnateur : Gustavo Llull
- Encadrement : Rita, Chloé, Lucile



AU QUOTIDIEN

- Travail par pupitre et en tutti
- Animation de la messe du dimanche
- Cours de technique vocale individuels
- Temps de détente et de partage
- Veillées

CONCERT DE FIN DE STAGE

JEUDI 20 FEVRIER, 19H

EGLISE SAINT-HILAIRE DE MEZE

Modalités d'inscription et infos



TARIF UNIQUE DE 270€

Ce tarif comprend :

- Hébergement en pension complète au centre diocésain *Les Pénitents* de Mèze
- Le matériel pédagogique
- La formation complète

TENUE DE CONCERT

Prévoir la tenue du chœur d'origine et une tenue liturgique si le stagiaire en a une.

ORGANISATION

Le centre des Pénitents sortira à peine de rénovation. Il sera donc tout neuf. Toutes les activités se feront sur place sauf la messe et le concert. **Les stagiaires devront prévoir le pique-nique du samedi midi.**

REMARQUES

L'organisation se réserve le droit d'annuler le stage si le quorum de 30 stagiaires n'était pas atteint. Vous seriez alors remboursés.

Fiche d'inscription

A renvoyer complétée à
occitanie@petits-chanteurs.com
avant le 15 janvier

Toute inscription doit être accompagnée

- de cette fiche d'inscription
- de la fiche sanitaire
- de la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Chœur d'origine : _____

Voix : _____

DROIT A L'IMAGE

Obligatoire pour les stagiaires de moins de 18 ans.

J'autorise la prise de photos/vidéos pouvant être utilisées à des fins de communication externe (presse, internet ...)

A le

SIGNATURE DES PARENTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2024 - 2025

Nom :	Prénom :
-------	----------

1-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES Oui Non
- MÉDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

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	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <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	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL