



Pau, le - 4 SEP. 2017

Mesdames et messieurs les chefs de groupements

Mesdames et messieurs les chefs de centres et de services

Messieurs les responsables des sections des JSP

Réf : SFOR/2017-08/8033
Affaire suivie par : Lieutenant BONNAFOUX

Objet : Cross départemental des sapeurs-pompiers
P.J. : 1 dossier

Le cross départemental des sapeurs-pompiers « Challenge Jean-Marie NEGUELOUA » ouvert à tous les agents du SDIS64 se déroulera le :

Samedi 14 Octobre 2017 à CAMBO-LES-BAINS

L'accueil des participants et la remise des dossards s'effectueront au complexe sportif Labèguerie à 13H00. Vous trouverez ci-joint le dossier de déroulement de ces épreuves.

Les athlètes :

- Devront faire parvenir au SFOR le certificat médical **obligatoire** de non contre-indication **aux épreuves sportives statutaires des sapeurs-pompiers en compétition**.
- Pour les moins de 18 ans faire parvenir également au SFOR les deux autorisations parentales « de participation et de droit à l'image » et le certificat médical.

Les chefs de centres et de services : devront faire remplir par le responsable sportif de la délégation la feuille d'inscription de leurs agents, la valider et l'envoyer au SFOR.

Les inscriptions devront arriver soit par mail soit par courrier :

Le vendredi 01 Octobre 2017 dernier délai

A l'adresse mail suivante : zz-FORMATION-DDSIS@sdis64.fr avec copie à : RENE.BONNAFOUX@sdis64.fr

A l'adresse postale suivante :

**SDIS64 GDEC-SFOR-SPORT
33, avenue du Maréchal Leclerc – BP 1622
64016 PAU CEDEX**

Un vin d'honneur suivi d'un buffet clôturera cette journée et la présence des athlètes et des accompagnateurs est vivement souhaitée, afin de remercier le CIS organisateur pour son accueil.

Le Directeur départemental

**Contrôleur général
Michel BLANCKAERT**



POUR AFFICHAGE

CROSS DEPARTEMENTAL 2017

« Challenge Jean Marie NEGUELOUA »



ORGANISÉ PAR

LE CENTRE D'INCENDIE

ET DE SECOURS DE

CAMBO-LES-BAINS

LE SAMEDI 14 OCTOBRE 2017

| | |
|---------------|---|
| 13H00 ~ 13H30 | <i>Terrain de sport Accueil des participants, remise des dossards</i> |
| 13H45 | <i>Début des épreuves</i> |
| 18h00 | <i>Cérémonie du 30^{ème} anniversaire du Challenge Remise des récompenses Vin d'honneur Lunch sur le site</i> |

**VENEZ TENTER LA QUALIFICATION POUR LE
CROSS NATIONAL DANS L'ISERE**



“ chaque jour à vos côtés ”

CERTIFICAT MEDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES
DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS
Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné.(e)

Docteur en médecine

Demeurant à

ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom du JSP

Né.(e) le

JSP de la section de N° de département

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre indication cliniquement décelable à la pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- Cross-country
- Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)
- Grimper de corde
- Natation
- Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier
- Autre :

Certificat valable une année à compter du

Fait à le

Cachet et signature



Déclaration du (ou des) représentant(s) légal (aux)

Saison 2017/2018

Je soussigné(e).....

Père

Mère

Tuteur

J'autorise mon fils, ma fille (rayer la mention inutile)

Je n'autorise pas mon fils, ma fille (rayer la mention inutile)

NOM :

Prénom :

Né(e) le

Section de JSP de :

ou CIS de :

à participer aux compétitions sportives organisées par les sapeurs-pompiers au niveau **départemental, régional, national et le brevet des JSP.**

| Manifestations Sportives | Dates | Lieu |
|--------------------------|-----------------|------------------------|
| CROSS Départemental | 14 OCTOBRE 2017 | CAMBO – SDIS 64 |
| CROSS National | 17 MARS 2018 | |
| PSSP Départemental | 24 MARS 2018 | GPT EST -PAU - SDIS 64 |
| PSSP Zonal | 26 MAI 2018 | PAU-SDIS64 |
| PSSP National | ? | PERIGUEUX-SDIS24 |
| BREVET des JSP | 10 MARS 2018 | SDIS 64 |

J'autorise l'accompagnant du SDIS 64 :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;

A faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité ;

A permettre la sortie de mon enfant de la structure de soins.

Je n'autorise pas l'accompagnant du SDIS 64 :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;

A faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité ;

A permettre la sortie de mon enfant de la structure de soins.

Si le mineur est sous traitement ou s'il a des allergies avérées, merci de bien vouloir en faire mention dans l'espace ci-dessous :

Je (nous) suis (somes) joignable(s) au(x) numéro (s) de téléphone suivant(s) :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Fait à..... le.....

Signature du(ou des)représentant (s) légal (aux)

Art.L1111-5 du code de la santé publique

Art.R1112-57 du code de la santé publique



**Attestation d'appartenance au Corps départemental des sapeurs
pompiers des Pyrénées-Atlantiques et d'aptitude médicale pour la
pratique des compétitions sportives statutaires des sapeurs pompiers
CROSS DEPARTEMENTAL le 14 Octobre 2017**

S.D.I.S.
SFOR
SPORT

Rappel des catégories
Saison 2017 - 2018

| CATEGORIE | ANNEE DE NAISSANCE |
|------------|-----------------------|
| Vétérans 2 | 1968 a avant |
| Vétérans 1 | 1978 à 1969 |
| Seniors | 1979 à 1995 |
| Juniors | 1996 à 2000 |
| Cadets | 2001 et 2002 |
| Minimes | 2003 et 2004 |

Je soussigné, _____ en qualité de Chef de CIS, de Service, de section de JSP _____

Certifie que les personnes inscrites ci dessous

- **ont bien partie de l'effectif** de la section de JSP, de CIS, de Service.
- **ont un certificat médical** de non contre indication à la pratique des compétitions sportives statutaires, datant de moins de UN AN.
- **pour les mineurs, ont les autorisations parentales** signées de l'année scolaire en cours

| NOM | PRENOM | Né(e) le | Date Visite médicale | H/F | Catégorie | JSP | Restera au lunch |
|-----|--------|----------|-------------------------|-----|-----------|-----|---------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Nom Prénom du responsable d'équipe : _____
 Téléphone _____ Fax _____
 Mail _____

Fait à _____ le _____
 Signature _____

CROSS DEPARTEMENTAL 2017 CAMBO LES BAINS

Longueur : 27 17,59 m

ARRIVEE
DEPART

