

Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet de la Haute Garonne

DOSSIER D'INSCRIPTION Saison 2019

L'Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet de la Haute Garonne est composé des élèves de 1^{er} cycle des écoles de musique du département. C'est un orchestre de formation et de découverte qui permet de faire un lien entre toutes les disciplines enseignées en école de musique ainsi que la pratique collective.

Il permet aux musiciens :

- ✓ Une première approche de la pratique d'ensemble
- ✓ L'apprentissage des réflexes au sein d'un orchestre
- ✓ La compréhension du rôle d'un chef et la découverte d'autres chefs d'orchestre
- ✓ Le travail en pupitre
- ✓ Le plaisir de jouer au sein d'un groupe

INFORMATIONS GENERALES :

STAGE : du 22 au 27 Avril 2019 au Lycée St Christophe **Masseube (32)** en pension complète.

CONCERT : Concert de fin de stage le 27 avril 2019 à la salle Georges Brassens à Aucamville.

Concert pour l'AG de la FSM 31.

TARIFS :

Musicien rattaché à une société ou école :

- ✓ Adhérente à la FSM 31 : **280 €**
- ✓ Non adhérente à la FSM 31 : **330 €**

Le règlement peut être effectué soit comptant, soit en 6 fois échelonnés (*tous les chèques doivent être fournis à notre trésorière qui les encaissera au fur et à mesure*). Vous avez aussi la possibilité d'utiliser les Chèques ANCV. Les chèques doivent être libellés au nom de la F.S.M 31.

MATERIEL :

Outre leurs affaires personnelles et le linge de toilette, les stagiaires devront apporter :

- ✓ Instrument, pupitre, crayon à papier etc.
- ✓ Tenue de concert : - Bas noir (chemise noire, pantalon noir, chaussettes noires et chaussures noires pour les garçons, tenue ou robe noire pour les filles)
- Haut Blanc (chemise, tee-shirt, chemisier...)

INSCRIPTION :

Le **dossier complet** est à renvoyer **avant le 22 mars 2019** à :

- ✓ Fiche d'inscription (p.3)
- ✓ Autorisation Parentale (p.4)
- ✓ Droit à l'image (p.4)
- ✓ Attestation (p.5)
- ✓ Fiche sanitaire de liaison (p.6 & 7)
- ✓ Chèque(s)

Stéphane VALLS
55 Route d'Albi
31 180 CASTELMAUROU
0623783739
orchestrecadetfsm31@gmail.com

Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet de la Haute-Garonne Saison 2019 REGLEMENT INTERIEUR

Font partie de l'**Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet de la Haute-Garonne**, les musiciens dont le dossier envoyé est complet.

L'inscription sera valable **uniquement après réception du dossier complet et validation de celui-ci.**

Pour intégrer l'Orchestre, les musiciens doivent être au minimum niveau 1^{er} cycle.

Du comportement de chacun dépendent la qualité du travail et la bonne ambiance au sein du groupe.

Nous vous rappelons pour cela quelques règles essentielles :

- ✓ **Être ponctuel** aux horaires fixés, notamment au début des répétitions ainsi que pour le **coucher (22h30)**
- ✓ Être entièrement disponible pour faire de la **musique de qualité**
- ✓ **Respecter scrupuleusement les consignes** données par l'encadrement pendant, et en dehors des répétitions
- ✓ La **consommation d'alcool** ou de boissons alcoolisées est strictement interdite aux mineurs sous peine de renvoi immédiat.

Les parents s'engagent par leur signature à venir chercher leur enfant en cours de stage si celui-ci n'avait pas une attitude correcte durant celui-ci.

Tous les musiciens prenant part au stage, **s'engagent à participer aux activités de l'Orchestre Départemental d'Harmonie Junior de la Haute-Garonne durant l'année.**

***Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet
de la Haute-Garonne Saison 2019
FICHE D'INSCRIPTION***

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

Date de naissance :

Tél :

Mobile :

Adresse Mail personnelle :

Adresse Mail parentale (pour les mineurs) :

Instrument :

Niveau :

Nom de la Société ou Ecole de Musique fréquentée :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME :

NOM :

PRENOM :

Tél :

Mobile :

Tél travail :

Adresse Mail:

Remarques:

Signatures	
<u>Stagiaire</u>	<u>Responsable légal (pour les mineurs)</u>

***Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet
de la Haute-Garonne Saison 2019
AUTORISATION PARENTALE.***

Je soussigné, _____, responsable légal du mineur
_____ désigné, autorise celui-ci à
participer à l'Orchestre sus désigné sous couvert de la Fédération des Sociétés Musicales de
la Haute-Garonne. J'autorise les responsables de ladite Fédération à prendre toutes les mesures
sur le plan médical rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Nom de l'enfant :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Pathologie(s) à signaler (allergie, asthme...)

L'enfant suit-il un traitement médical et/ou
Si Oui Lequel :

N.B : *Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de
prescription.*

Fait à :

Signature :

Le

***Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet
de la Haute-Garonne Saison 2019
DROIT À L'IMAGE***

J'autorise gracieusement la *Fédération des Sociétés Musicales de la Haute-Garonne* à
utiliser et à reproduire à des fins non commerciales tout ou partie des images et photos me
concernant, réalisées par la *FSM31* lors des représentations données. la *FSM31* et le *Conseil
Départemental de la Haute-Garonne* se réservent le droit d'utiliser ces images par quelque
procédé que ce soit existant ou à venir, sur différents supports de communication (plaquettes,
dépliants, panneaux stands, site internet, réseaux sociaux, etc...) pour sa propre
communication. Les images prises seront utilisées et reproduites en respectant les précautions
d'usage relatives au droit des personnes. Cette autorisation est valable pour une durée illimitée.
Sur demande une copie de ces images me sera remise sous forme numérique soit par la remise
d'un cd-rom, soit par messagerie électronique.

Fait à :

Signature :

Le

***Orchestre Départemental d'Harmonie Cadet
de la Haute-Garonne Saison 2019***

ATTESTATION

***À compléter par le Président de la Société ou le Directeur de l'École
de Musique dont dépend le musicien.***

À remplir obligatoirement :

Je soussigné,

Agissant en tant que Président de la Société ou le Directeur de l'École de Musique de :

Donne mon accord pour la participation aux activités de l'***Orchestre Départemental
d'Harmonie Cadet*** à :

NOM :

PRENOM :

Membre de ma société ou de mon École de Musique.

Fait à :

Signature :

Le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

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