

STAGE-INTER DEPARTEMENTAL MINIMES/CADETS 1 AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

(SUR CONVOCATION)

***Les clubs recevant cette convocation doivent informer le judoka concerné
Les judokas recevant cette convocation doivent informer leur club***

JUDOKA	MINIMES Masculins & Féminins né en 2004 et 2005 CADETS Masculins & Féminins né en 2003
MANIFESTATION	STAGE INTER DEPARTEMENTAL AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
DATE	19 – 20 et 21 février 2018 (3 jours) ATTENTION 2 STAGES SUR LES MEMES DATES EN FONCTION DE VOTRE COMITE DEPARTEMENTAL
LIEU pour l'Allier, le Puy-de-Dôme, le Cantal, la Haute-Loire, la Loire et Drôme-Ardèche	Arténium, 4 parc de l'Artière 63122 CEYRAT Coordonnateur Thomas RIOS
ENCADREMENT	Patrice PALHEC / Guillaume PURSEIGLE/ Jessy Goroch / Jordan LUIS / Thomas RIOS / Etienne Buisson / Marine Bagay / Jerome Chazeau /

INFOS COMPLEMENTAIRES : Délaide rigueur le 10 février 2018

Infos	<ul style="list-style-type: none"> • Participation financière de 90 € DONT 30€ PRIS EN CHARGE PAR LE CD 43 SOIT 60euros à l'ordre de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Judo • Retournez le règlement à : <ul style="list-style-type: none"> - Ligue AURA judo Arténium, 4 parc de l'Artière, 63122 CEYRAT • Retournez la fiche ci-dessous complétée, par courrier également ou par mail à Thomas.rios@aura-judo.com pour le stage de Ceyrat <p><i><u>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le début du stage. Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir : un sac de couchage + une paire de chaussures pour courir + une paire à semelle blanche pour le sport en salle + vêtements sportifs chauds + une petite trousse de pharmacie personnelle + une gourde + des claquettes pour le dojo. - Stage dans le Puy-de-Dôme : repas à l'arténium et hébergement au CREPS de Ceyrat
-------	--

- Accueil : le 19 février à 09H
- Début de l'entraînement : 10H
- Fin prévisionnelle du stage : le 21 février à 16H30

Nous demandons aux accompagnants de respecter les horaires indiqués pour les arrivées et départs des stagiaires. Les encadrants ne pourront être tenus responsables en cas de manquement à cette demande.

COORDONNEES DES ENCADRANTS :

Stage dans le Puy-de-Dôme :

<u>Patrice PALHEC</u>	<u>0612387194</u>	CTF Loire
<u>Thomas RIOS</u>	<u>06 73 53 12 69</u>	CTF Puy de Dôme thomas.rios@aurajudo.com
<u>Guillaume PURSEIGLE</u>	<u>06 69 52 38 18</u>	ATR Allier
<u>Jordan LUIS</u>	<u>06 63 43 10 29</u>	ATR Cantal



Code de l'Action Sociale et des Familles /CERFA N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / INSCRIPTION

A compléter et remettre impérativement avant le début de l'évènement

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON / FILLE

CLUB

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Lundi 19 au mercredi 21 F2VRIER 2018

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

COMITE DEPARTEMENTAL DE JUDO DU PUY DE DOME

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date de dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoque					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique 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.

GROUPE SANGUIN SI CONNU



L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- RUBÉOLE Oui / Non
- VARICELLE Oui / Non
- ANGINE Oui / Non
- RHUMATISME Oui / Non
- SCARLATINE Oui / Non
- ARTICULAIRE AIGÜ Oui / Non
- COQUELUCHE Oui / Non
- OTITE Oui / Non
- ROUGEOLE Oui / Non
- OREILLONS Oui / Non

ALLERGIES :

- ASTHME Oui / Non
- MÉDICAMENTEUSES Oui / Non
- ALIMENTAIRES Oui /
- NonAUTRES.....

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**.....

PERE / MERE / TUTEUR

ADRESSE (pendant le séjour)

.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): BUREAU :

E. MAIL



PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (si différent de ci-dessus)

NOM PRÉNOM.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): 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 et Signature