

## STAGE DEPARTEMENTAL.BENJAMINS.MINIMES.CADETS -

**(SUR CONVOCATION)**

Les clubs recevant cette convocation doivent informer les judokas concernés

Les judokas recevant cette convocation doivent informer leur club

JUDOKA	BENJAMINS, MINIMES, CADETS Masculins & Féminins 2008à2002
MANIFESTATION	STAGE DEPARTEMENTAL..BENJAMINS MINIMES CADETS
DATE	22, 23 et 24 octobre 2018 (3 jours)
LIEU	Complexe Sportif du CHOMEIL-à SAINT PAULIEN
ENCADREMENT	Jérôme CHAZOT + autres enseignants du département

### INFOS COMPLEMENTAIRES :

Lieu	Dojo à SAINT PAULIEN.
Infos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participation financière de 45 euros (<b><i>pas d'inscription sans règlement, à renvoyer au plus tard le mercredi 17 octobre 2018</i></b>) à l'ordre du <u>Comité Départemental de Judo de Haute-Loire</u></li><li>• Retournez le règlement à : <b>Comité départemental de Judo de Haute-Loire</b> Jérôme CHAZOT Résidence Carré Loire 40, Avenue Charles Dupuy 43700BRIVES CHARENSAC•</li></ul> Retournez la fiche ci-dessous complétée, par mail à <a href="mailto:jerome.chazot@wanadoo.fr">jerome.chazot@wanadoo.fr</a> <u>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le début du stage.(réponse complète)</u> <u>Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</u>

• 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.

• Repas et hébergement au centre d'hébergement de SAINT PAULIEN

• Accueil : le 22 octobre à 09H00 au centre d'hébergement

• Début de l'entraînement : 10H

• Fin prévisionnelle du stage : le 24 octobre à 16H30 au complexe sportif du Chomeil

**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.**

## 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 22 octobre au mercredi 24 octobre 2018 au Complexe Sportif du Chomeil 43350 SAINT PAULIEN**

### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

COMITE DEPARTEMENTAL DE JUDO DE HAUTE LOIRE

Jérôme CHAZOT : 06 87 24 57 92

### 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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.

**GROUPE SANGUIN SI CONNU** .....

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

- RUBÉOLE oui / non
- VARICELLE oui / non
- ANGINE oui / non
- RHUMATISME oui / non
- SCARLATINE oui / non
- ARTICULAIRE AIGÛ oui / non
- COQUELUCHE oui / non
  
- OTITE oui / non
- ROUGEOLE oui / non
- OREILLONS oui / non

#### 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**.....

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**