 **COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO.**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO ET DISCIPLNES ASSOCIES**

**SIRET : 447 718 677 00019 – APE : 926C**

|  |
| --- |
| **Stage Bi-Départemental Benjamins F et M**  **du 24 au 26 Octobre 2018 à Ploërmel** |

Veuillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage Bi-départemental Benjamins F et M.

|  |
| --- |
| **Prix 100 €** |

Pour 3 jours, par chèque à l'ordre du Comité Départemental du Finistère de Judo, à joindre au dossier d'inscription impérativement avant le stage. Seul le remboursement pour problème médical sera possible, sur présentation de l'original du certificat médical.

Début du stage le Mercredi 24 Octobre à 9 h au Centre Régional des Arts Martiaux à l'adresse suivante :

Rue Pierre de Coubertin

56800 PLOERMEL

Fin du stage le Vendredi 26 Octobre à 16 h au Centre Régional des Arts Martiaux.

Durant ces 3 jours, les stagiaires développeront leur potentiel physique et technique. Au

Programme : Judo debout et au sol, sport-co, préparation physique (footing, sprint, …) et arbitrage.

Chaque stagiaire devra prévoir **un duvet, un oreiller et des chaussons** pour l'internat. Ainsi que 2 judogis, survêtement, chaussures de sport, k-way, claquettes ou zoori, bouteille d'eau, serviette de toilette et trousse à pharmacie ( élastoplasme, pansement, ...).

Le dossier d'inscription est à retourner à l'intention de Béatrice Rubeaux-Grandin à l'adresse suivante :

10 rue Loch Conan

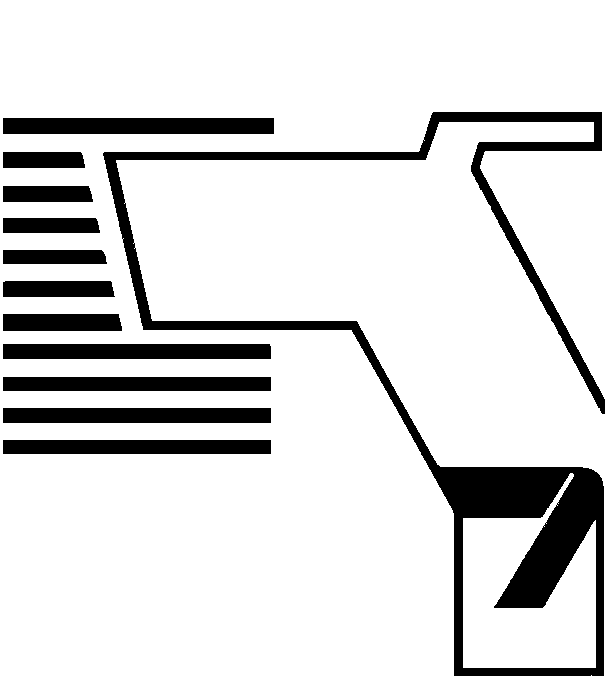
29530 Landeleau

Date limite d’inscription : **le 15 octobre 2018**

Sportivement,

Béatrice Rubeaux-Grandin

Responsable de la commission sportive 29

 **COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO.**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO ET DISCIPLNES ASSOCIES**

**SIRET : 447 718 677 00019 – APE : 926C**

|  |
| --- |
| Le Stagiaire |
| Nom : Prénom :  Date de naissance : Club :  Catégorie de poids : Grade : |
| Contact |
| Adresse :  N°fixe : N°mobile :  Mail :  Personne à prévenir en cas d'accident (nom, adresse, N° tel) : |

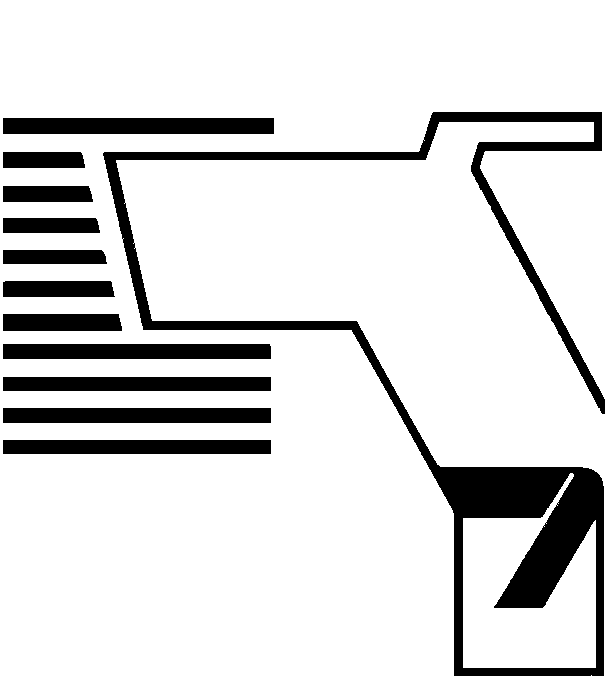
Règlement :

Aucune inscription ne sera prise en compte si le dossier n'est pas complet

□ Chèque libelle à l'ordre du comité départemental du Finistère de Judo

□ Autorisation parentale + feuille d’inscription + signature de l'enseignant

□ Fiche sanitaire de liaison

 **COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO.**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO ET DISCIPLNES ASSOCIES**

**SIRET : 447 718 677 00019 – APE : 926C**

|  |
| --- |
| **Autorisation parentale** |

Je soussigné Monsieur, Madame,………………………………, responsable légal de ………………………………. :

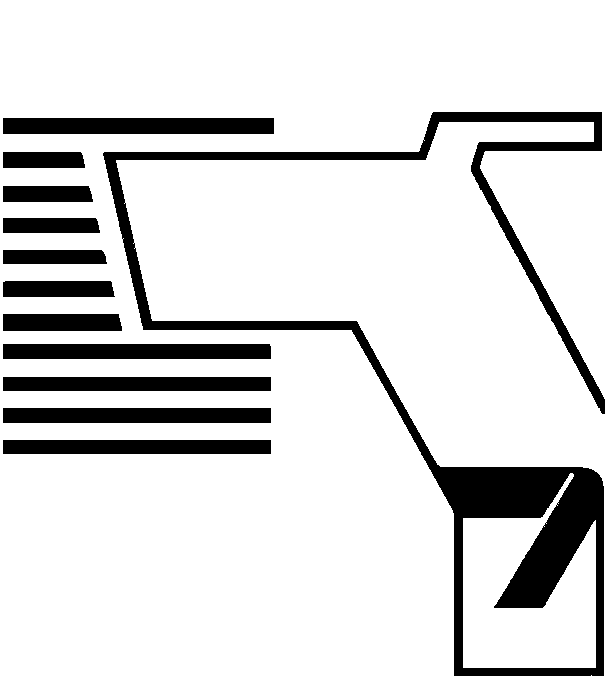
* l'autorise à participer au Stage Bi-Départemental Benjamins F et M du 24/10/18 à 9h00 au 26/10/18 à 16h00 à PLOERMEL sous la responsabilité des encadrants du stage de Judo.
* déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.
* atteste que l'enfant est responsable de l'état de la chambre qui lui sera mise à disposition par le Lycée La Touche.

À………………….., le…………………..

Faire précéder de la mention manuscrite ≪ lu et approuvé ≫

Signature du responsable légal : Signature de l’enseignant du club :

Signature de l'enfant :

 **COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO.**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO ET DISCIPLNES ASSOCIES**

**SIRET : 447 718 677 00019 – APE : 926C**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cerfa N° 10008\*02   |  |  | | --- | --- | | **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **ENFANT**  NOM :  PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  GARÇON □  FILLE □ |   DATES ET LIEU DE 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 A LA FIN DU SJOUR.  **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATE DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** | | DIPHTÉRIE |  |  |  | HÉPATITE B |  | | TÉTANOS |  |  |  | RUBÉOLE-OREILLONS-ROUGEOLE |  | | POLIOMYÉLITE |  |  |  | COQUELUCHE |  | | OU DT POLIO |  |  |  | AUTRE (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  **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 marqués 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 □ non □ | | VARICELLE | Oui □ non □ | | ANGINE | Oui □ non □ | | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | Oui □ non □ | | SCARLATINE | 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 A 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 A PRENDRE. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui □ non □ parfois □    **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? Oui □ non □  **RESPONSABLE DE L’ENFANT**  NOM : ……………………………………. PRÉNOM :……………………………………  ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) / ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ……………………………..……..  BUREAU : ………………………………………  NOM ET TEL 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 : |