 **COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO.**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO ET DISCIPLNES ASSOCIES**

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

|  |
| --- |
| **Stage Bi-Départemental Minimes F et M****du 22 au 24 Octobre 2018 à Ploërmel** |

Veuillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage Bi-départemental Minimes 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 lundi 22 Octobre à 9 h au Centre Régional des Arts Martiaux à l'adresse suivante :

Rue Pierre de Coubertin

56800 PLOERMEL

 Fin du stage le Mercredi 24 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 Minimes F et M du 22/10/18 à 9h00 au 24/10/18 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 : |