



Comité Départemental du Morbihan

Stage Départemental et Inter-Départemental

Veillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage départemental et inter-départemental

Le nombre de places étant limité, **les premiers dossiers complets reçus** seront retenus en **priorité**.

Prix 65 €

Pour 3 jours, par chèque à l'ordre du **Comité Départemental du Morbihan 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** ou **MERCREDI** à 9 h au Centre Régional des Arts Martiaux à l'adresse suivante :

Rue Pierre de Coubertin
56800 PLOERMEL

Fin du stage le **MERCREDI** ou **VENDREDI** 2 mars 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 zori, bouteille d'eau, serviette de toilette et trousse à pharmacie (elastoplasme, pansement, ...).

Le dossier d'inscription est à retourner à l'intention de Gérard Hoël, à l'adresse suivante :

Comité de judo du Morbihan
Chez Mr Hoël Gérard
36 bis rue de Sainte Anne
56000 VANNES

Date limite d'inscription :



Comité départemental du Morbihan

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 a l'ordre du « **comité départemental du Morbihan de judo** »
- Autorisation parentale + feuille d'inscription + signature de l'enseignant
- Fiche sanitaire de liaison

❖ Pour toute demande de facture joindre une enveloppe timbrée avec votre adresse.



Comité départemental du Morbihan

Autorisation parentale

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

- l'autorise à participer au Stage Départemental et Inter-Départemental duà 9h00
auà 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.
- ⑩ atteste que l'enfant est responsable de l'état de la chambre qui lui sera mis 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 :

Départemental du Morbihan

Cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	ENFANT
	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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)

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 SJOIR.
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					

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 DENTAIRE , ETC...
PRÉCISEZ.

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 <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 AIGU	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"/>

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 :