

**Stage Départemental Minimes M&F le 11/04/2025 à AURAY**

Veuillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage Départemental.

**Dojo du Gymnase rue de la petite Forêt 56400 AURAY.**

**Sélection suite au Tournois régionaux.**

* Début du stage le **vendredi 11 avril 2025** à 9h au Dojo d’AURAY
* Fin du stage le **vendredi 11 avril 2025** à 17h.

**Inscription pour le**

**31mars 2025**

**Programme du stage :**

* **Situation de cohésion.**
* **Judo debout et au sol.**
* **Préparation aux compétitions.**
* **Arbitrage.**
* **Intervention extra judo (diététique , citoyenneté , premiers soins …)**

Le repas est compris dans le prix du stage. Chaque stagiaire devra prévoir un judogi, survêtement, chaussures de sport, k-way, claquettes ou zooris, bouteille d'eau, serviette de toilette et trousse à pharmacie.

Ce stage se déroulera conformément à la réglementation sanitaire en vigueur à cette date.

**Pour cette journée, participation aux frais du stage de 15€ .**

Règlement par chèque à l'ordre du **Comité du Morbihan de Judo**, à joindre au dossier d'inscription impérativement avant le stage.

Le dossier d'inscription est à retourner à l'adresse suivante :

**Comité du Morbihan de Judo**

**Chez M HOËL Gérard**

**36 Bis rue de Saint Anne**

**56000VANNES**

**06 75 10 09 31**

[Secretaire\_comite56@ffjudo.com](mailto:Secretaire_comite56@ffjudo.com)

|  |
| --- |
| **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 :

Pièces à envoyer :

* Chèque libellé à l'ordre du **« Comité du Morbihan de Judo »**
* Autorisation parentale + feuille d’inscription + signature de l'enseignant
* Fiche sanitaire de liaison

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

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

**Autorisation parentale**

Je soussigné Monsieur, Madame, ……………………………………………………………………………………………………… ,

Responsable légal de ………………………………………………………………………………………………………………………… :

* l'autorise à participer au Stage Départemental de 9h00 à 17h00

le…………………………………………………..au Dojo ……………………………………….. .

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.

À…………………………………..,

Le………………………………….

Faire précéder de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CERFA N° 10008\*02   |  |  | | --- | --- | | **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **ENFANT**  NOM  et 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 : |

Morbihan_logo2022_mono_Departement_fondBleu_JPG.jpg