

**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

|  |
| --- |
| **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 :  |

