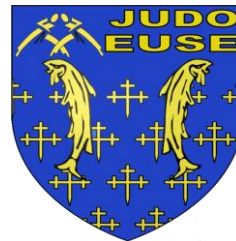




# COMITE MEUSE DE JUDO



**CHAUMONT CLEMENTINE**  
06 84 11 58 43  
[Clementine.chaumont@ffjudo.com](mailto:Clementine.chaumont@ffjudo.com)

**SAINT-MIHIEL, LE 25/11/23,**

## STAGE INTER-DEPARTEMENTAL MINIMES M ET F

Du 26/02/2024 Accueil 09H00 au 28/02/2024 à 16H30

**Responsable du Stage pour le Comité Meuse: Clémentine CHAUMONT**

**Charge du participant : 70.00 €**

**Accueil des délégations :** à 9H : DOJO départemental de Saint Mihiel, Avenue Pierre de Coubertin  
55 300 Saint Mihiel

**Hébergement :** Hôtel de la Gare, 4 Place de la gare, 55300 Saint Mihiel pour les CD 55 et 57

Auberge de Jeunesse, 26 avenue de la 40<sup>ème</sup> division, 55300 Saint Mihiel, pour les CD 54/88.

**Clôture du stage :** à 16H30, DOJO départemental de Saint Mihiel

**Veillez nous retourner ce coupon au Comité Meuse Chez Mme CHAUMONT Clémentine 25 Côte de Blamecourt  
55 000 Bar le Duc**

**par retour du courrier, accompagné d'un chèque de 70.00 €**

**SANS REGLEMENT NOUS NE TIENDRONS PAS COMPTE DE VOTRE INSCRIPTION. (Impératif SVP Merci)**

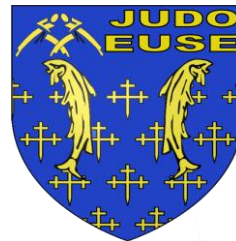


Site internet : [www.meusejudo.com](http://www.meusejudo.com)

Siège social : Dojo « les Avrils » - rue Pierre de Coubertin – 55300 SAINT-MIHIEL  
SIRET 451 122 907 00020



# COMITE MEUSE DE JUDO



**LES PLACES SONT LIMITEES AU NOMBRE DE 20 LES INSCRIPTIONS SE FERONT DANS L'ORDRE D'ARRIVEE DES DOSSIERS COMPLETS ACCOMPAGNES DU REGLEMENT AVANT LE 10 FEVRIER 2024**

Minimes M F Du **26/02/2024** à 09H00 au **28/02/2024** à 16H30 à **SAINT MIHIEL**

CLUB : ..... NOM +Tél Responsable Légal : .....

ADRESSE E-Mail : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

CI-JOINT REGLEMENT DE  €

Signature du représentant légal de l'enfant :

Signature du Responsable du Club :

**(Toute inscription sans règlement, ne sera pas acceptée au stage)**

**(Nous vous remercions de bien vouloir compléter l'attestation parentale ci-dessous)**



## Modalités du Stage Interdépartemental

### ATTENTION :

Passeport sportif,

Judogi x 2

Claquettes ou zoori,

Survêtement chaud pour footing,

1 paire de basket pour le footing,

Nécessaire de toilette,

Duvet ou Sac de couchage

Une trousse de secours pour les petits soins,

**La Fiche Sanitaire**

### **COORDONNÉES DU RESPONSABLE :**

CHAUMONT Clémentine

Commission sportive 55

Tél : 06 84 11 58 43

FRANCE  
JUDO

**AUTORISATION PARENTALE :**

N° à contacter en cas d'urgence : .....

Je soussigné (e) M. Mme ....., civilement responsable

de l'enfant .....l'autorise par la présente à participer au stage *Minimes (M) et (F)* qui se déroulera du 26/02/2024 au 28/02/2024 à Saint Mihiel et donne tous pouvoirs aux cadres responsables du déplacement pour agir en cas d'accident, hospitalisation ou intervention chirurgicale.

Fait à ....., le .....

Signature de la personne civilement responsable du judoka

**REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE:**

HALLAL / VEGAN / VEGETARIEN

AUTRES (précisez)

FRANCE  
JUDO



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU 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 À LA FIN DU SÉJOUR.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétra-coq  |     |     |                            |                            |       |
| 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

### 3 - 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 marquées 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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |   |

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

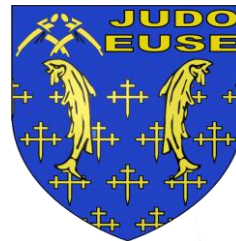
.....

.....

.....



# COMITE MEUSE DE JUDO



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

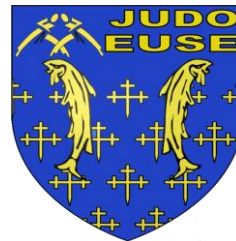
FRANCE  
JUDO







# COMITE MEUSE DE JUDO



## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU .....

NOM ET TÉL. 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 :

# FRANCE JUDO

