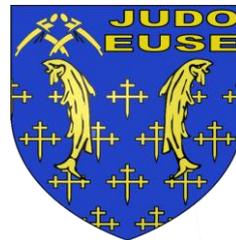




# COMITE MEUSE DE JUDO



CHAUMONT CLEMENTINE  
06 84 11 58 43  
[chaumont.clementine@orange.fr](mailto:chaumont.clementine@orange.fr)

SAINT-MIHIEL, LE 18/09/23,

**ATTENTION : Cette convocation est à montrer à l'Entraîneur**

## STAGE 55 – 57 MINIMES M ET F

Du 23/10/2023 Accueil 08H30 au 25/10/2022 à 16H30

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

**Charge du participant :** 65.00 €

**Accueil des délégations :** de 8H30 à 9H : : Dojo départemental, Avenue Pierre de Coubertin, 55 300 Saint Mihiel

**Hébergement du stage :** Hôtel de la gare, Place de la gare, 55 300 Saint-Mihiel

**Clôture du stage :** à 16H30 : Dojo départemental, 55 300 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 55.00 €**

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



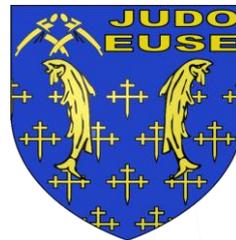
Site internet : [www.meusejudo.com](http://www.meusejudo.com)

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 20 OCTOBRE 2023**

Minimes M F Du **23/10/2023** à 08H30 au **25/10/2023** à 16H30 à **Saint Mihiel**

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

ADRESSE E-Mail : \_\_\_\_\_

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

ADRESSE : .....

PARTICIPERA :  OUI  NON MOTIF : .....

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 bi-départemental

### ATTENTION :

Passeport sportif,  
Judogi x 2  
Claquettes ou zoori,  
Survêtement chaud pour footing,  
1 paire de basket pour le footing,  
Masque et Gel Hydro alcoolique  
Nécessaire de toilette,  
Duvet ou Sac de couchage  
Une trousse de secours pour les petits soins,  
**La Fiche Sanitaire**

**COORDONNÉES DU RESPONSABLE :**  
CHAUMONT Clémentine  
Chargée de mission technique fédérale 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 23/10/2023 au 25/10/2023 à METZ 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 :**

FRANCE  
JUDO



MINISTRE 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> 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

### 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 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 AIGÛ 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"/>	

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)**

.....

.....

.....

.....

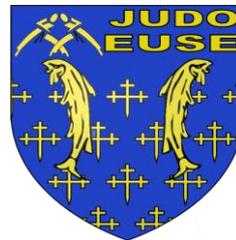
.....

.....

.....



# 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.

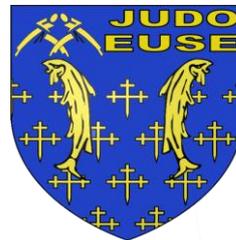
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# 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

