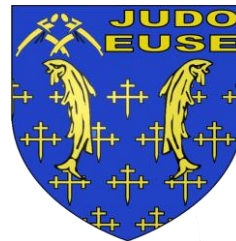




COMITE MEUSE DE JUDO



CHAUMONT CLEMENTINE
06 84 11 58 43
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)



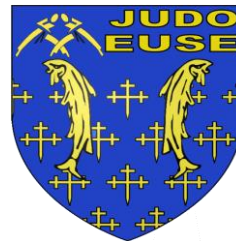
Site internet : www.meusejudo.com

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	
Ou DT polio				Autres (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

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)

.....

.....

.....

.....

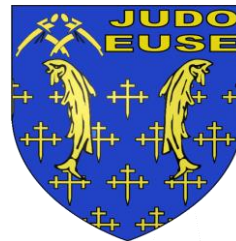
.....

.....

.....



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.

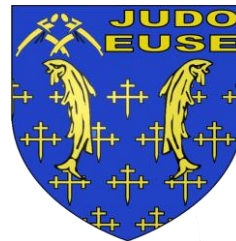
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

