

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

SAINT-MIHIEL, LE 12/01/24,

## STAGE 57 – 55 BENJAMINS M ET F

Du 29/02/2024 Accueil 08H30 au 01/03/2024 à 16H30

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

**Charge du participant :** 55.00 €

**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 de Saint Mihiel

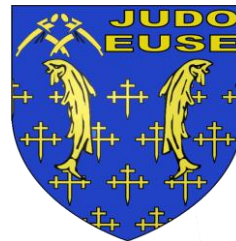
Veillez nous retourner ce coupon au **Comité Meuse** Chez Mme CHAUMONT Clémentine 25 Côte de Blamecourt 55 000 Bar le Duc

par **retour du courrier**, accompagné d'un chèque de 55.00 €

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



# 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 FEVRIER 2024**

Benjamins M F Du **29/02/2024** à 08H30 au **01/03/2024** 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 Interdépartemental

### 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

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 *Benjamins (M) et (F)* qui se déroulera du 29/02/2024 au 1/03/2024 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 :**

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> 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)

.....

.....

.....

.....

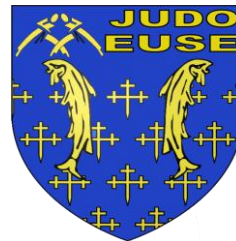
.....

.....

.....



# 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.

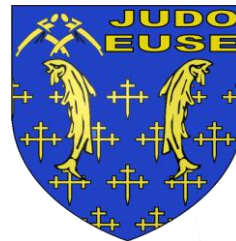
.....  
.....  
.....  
.....

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

