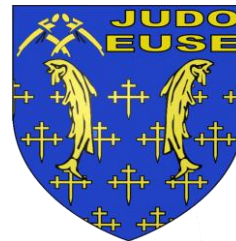




# COMITE MEUSE DE JUDO



**CHAUMONT CLEMENTINE**

06 84 11 58 43

[chaumont.clementine@orange.fr](mailto:chaumont.clementine@orange.fr)

**SAINT-MIHIEL, LE 19/03/24,**

## STAGE INTER-DEPARTEMENTAL MINIMES M ET F

Du 21/04/2024 Après le tournoi au 24/04/2024 à 16H30

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

**Charge du participant :** 75.00 €

**Accueil des délégations :** Après le tournoi au Dojo de l'ASPTT, 57070 METZ

**Hébergement du stage :** Lycée Robert SCHUMAN, rue Monseigneur Pelt , 57 070 METZ

**Clôture du stage :** à 16H30, DOJO de l'ASPTT, 1 rue des hauts peupliers, 57070 METZ

**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 75.00 €**



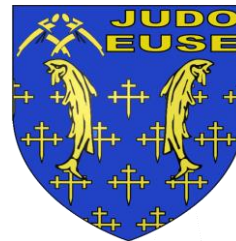
Site internet : [www.meusejudo.com](http://www.meusejudo.com)

Siège social : Dojo « les Avrils » - rue Pierre de Coubertin – 55300 SAINT-MIHIEL

SIRET 451 122 907 00020



# COMITE MEUSE DE JUDO



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

**LES PLACES SONT LIMITEES AU NOMBRE DE 15 LES INSCRIPTIONS SE FERONT DANS L'ORDRE D'ARRIVEE DES DOSSIERS COMPLETS ACCOMPAGNES DU REGLEMENT AVANT LE 15 avril 2024**

Minimes M Du **21/04/2024** au **24/04/2024** à 16H30 à **METZ**

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,

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

## 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 21/04/2024 au 24/04/2024 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 SPECIFIQUE:

HALLAL / VEGAN / VEGETARIEN

AUTRES (précisez)



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



N° 10008\*02

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)**

.....

.....

.....

.....

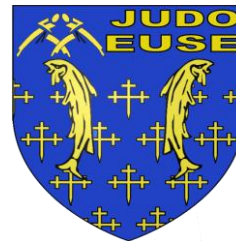
.....

.....

.....



# 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

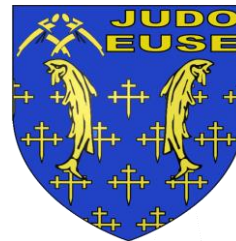
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

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





# 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 :

