



## COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES

**Siège social** : Maison des Sports – 4 rue Anne Robert Jacques Turgot – 29000 QUIMPER  
**SIRET** : 447 718 677 000 43 – **APE** : 9312Z

### Stage Régional Minimes Féminin et Masculin du 28 au 30 OCTOBRE 2019 à Ploërmel

Veillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage Minimes Féminin et Masculin.

Prix : 100 €

Pour 3 jours, par chèque à l'ordre du Comité Départemental du Finistère de Judo, à joindre au dossier d'inscription impérativement avant le stage. Seul le remboursement pour problème médical sera possible, sur présentation de l'original du certificat médical.

Début du stage le **LUNDI 28 OCTOBRE** à 9 h au Centre Régional des Arts Martiaux à l'adresse suivante :

Rue Pierre de Coubertin  
56800 PLOERMEL

Fin du stage le **MERCREDI 30 OCTOBRE** à 16 h au Centre Régional des Arts Martiaux.

Durant ces 3 jours, les stagiaires développeront leur potentiel physique et technique. Au Programme : Judo debout et au sol, sport-co, préparation physique (footing, sprint, ...) et arbitrage.

Chaque stagiaire devra prévoir **un duvet, un oreiller et des chaussons** pour l'internat. Ainsi que 2 judogis, survêtement, chaussures de sport, k-way, claquettes ou zori, bouteille d'eau, serviette de toilette et trousse à pharmacie (élastoplast, pansement, ...).

Le dossier d'inscription est à retourner à l'intention de M Calvez Emmanuel à l'adresse suivante :

22 route du Bourg  
29 830 Lampaul-Ploudalmézeau

Date limite d'inscription : **le Samedi 19 OCTOBRE 2019**

Sportivement,

Béatrice Rubeaux-Grandin  
Responsable de la commission sportive 29



## COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES

**Siège social** : Maison des Sports – 4 rue Anne Robert Jacques Turgot – 29000 QUIMPER  
**SIRET** : 447 718 677 000 43 – **APE** : 9312Z

Le Stagiaire	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Club :
Catégorie de poids :	Grade :
Contact	
Adresse :	
N° fixe :	N° mobile :
Mail :	
Personne à prévenir en cas d'accident (nom, adresse, N° tel) :	

Règlement :

Aucune inscription ne sera prise en compte si le dossier n'est pas complet :

- Chèque libelle à l'ordre du Comité du Finistère de Judo
- Autorisation parentale + feuille d'inscription + signature de l'enseignant
- Fiche sanitaire de liaison



# COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES

**Siège social** : Maison des Sports – 4 rue Anne Robert Jacques Turgot – 29000 QUIMPER  
**SIRET** : 447 718 677 000 43 – **APE** : 9312Z

## Autorisation parentale

Je soussigné Monsieur, Madame,....., responsable légal  
de .....

- L' autorise à participer au Stage Minimes F et M du 28/10/19 AU 30/10/19 à PLOERMEL sous la responsabilité des encadrants du stage de Judo.
- Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison 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.
- Atteste que l'enfant est responsable de l'état de la chambre qui lui sera mise à disposition par le Lycée La Touche.

À....., le.....

Faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du responsable légal :

Signature de l'enseignant du club :

Signature de l'enfant :



# COMITÉ DU FINISTÈRE DE JUDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES



**Siège social :** Maison des Sports – 4 rue Anne Robert Jacques Turgot – 29000 QUIMPER  
**SIRET :** 447 718 677 000 43 – **APE :** 9312Z

Cerfa

N° 10008\*02

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

ALLERGIES : ASTHME Oui  non  MÉDICAMENTEUSES Oui  non   
ALIMENTAIRES Oui  non  AUTRES .....

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

DATES ET LIEU DE 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 A LA FIN DU SJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRE (PRÉCISER)	
OU TÉTACOQ					
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

### 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 marqués 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 AIGU	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"/>

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE .....

Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui  non  parfois

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC...**

**PRÉCISEZ.** .....

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? Oui  non

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

/ .....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

BUREAU : .....

NOM ET TEL 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 :