



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

Stage Régional Benjamines et Benjamins du 30 OCTOBRE au 1^{er} NOVEMBRE 2019 à Ploërmel

Veuillez trouver ci-joint, le bulletin réponse pour le Stage Benjamines et Benjamins.

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 **MERCREDI 30 OCTOBRE** à 9 h au Centre Régional des Arts Martiaux à l'adresse suivante :

Rue Pierre de Coubertin 56800 PLOERMEL

Fin du stage le **VENDREDI 1er NOVEMBRE** 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 <u>un duvet, un oreiller et des chaussons</u> 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 (élastoplat, pansement, ...).

Le dossier d'inscription est à retourner à l'intention de M Guerrey Julien à l'adresse suivante : 178 Penn Ar Chreach 29870 LANDEDA

Date limite d'inscription : le Samedi 19 OCTOBRE 2019

Sportivement,

Béatrice Rubeaux-Grandin Responsable de la commission sportive 29





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'accid	ent (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 Comi	té du Finistère de Judo	
□ Autorisation parentale + feuille d	l'inscription + signature de l'enseignant	
□ Fiche sanitaire de liaison		





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

Autorisation parentale

Je soussigné Monsieur, Madame,	, responsable légal
 L'autorise à participer au Stage Benjamines et Ber PLOERMEL sous la responsabilité des encadrants Déclare exacts les renseignements portés sur la responsable du séjour à prendre, le cas échéa hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues responsable du l'état de la cle Lycée La Touche. 	du stage de Judo. fiche sanitaire de liaison et autorise le nt, toutes mesures (traitement médical, nécessaires par l'état de l'enfant.
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 :	





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

Cerfa					N° 1	0008*02		
ENFANT						ALLERGIES: ASTHME Oui non MÉDICAMENTEUSES Oui non ALIMENTAIRES Oui non AUTRES		
NOM:								
FICHE SANITAIDE DE LIAISON PRÉNOM :								
FICHE SANTAIRE DE LIAISON						PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le		
DATE DE NAISSANCE :						signaler)		
GARÇON 🛮 🗆 FILLE 🔻								
DATES ET LIEU DE SÉJO	UR :		<u>.</u>					
CETTE FICHE PERMET DE ÉVITE DE VOUS DÉMUN	VIR DE SO	N CARNET	DE SANTÉ ET VO	US SERA RENDUE A		NT ; ELLE	INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION	
VACCINATIONS (se référ	rer au carne	t de sante ot	DATE DES	iccinations de l'enfant).			OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A	
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIERS RAPPELS	VACCINS REC	COMMANDES	DATES	PRENDRE.	
DIPHTÉRIE			KAITELS	HÉPAT	TITE B			
TÉTANOS				RUBÉOLE-OREILI				
POLIOMYÉLITE				COQUE	LUCHE		Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui non parfois	
OU DT POLIO				AUTRE (P	RÉCISER)		*	
OU TÉTRACOQ					·			
BCG							RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES	
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						PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.		
RENSEIGNEMENTS MÉ	EDICAUX	CONCERN	NANT L'ENFANT					
L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui 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.					_	Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? Oui RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM: PRÉNOM:		
	* **	200121001	an béil eirea	MALA A DIEG GLIMANA	7EG 0		NOW: FRENOW.	
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBÉOLE Oui non non			ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)					
VARICELLE				Oui 🗆	non □ non □		-	
ANGINE				Oui 🗆	non 🗆		-	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		Oui 🗆	non 🗆					
SCARLATINE		Oui □	non 🗆		THE PART OF PORTURE DE PORTURE DE			
COQUELUCHE			Oui 🗆	non 🗆		TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :		
OTITE			Oui □	non □		BUREAU:		
ROUGEOLE Oui		non □		NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)				
OREILLONS Oui non			NOW DE TELL DE MEDICENTRATIANT (IACOLIATE)					
							Je soussigné,	

Date : Signature :