

## COMITE de JUDO de la HAUTE-SAVOIE

### STAGE BENJAMINS/MINIMES

*Les clubs recevant cette convocation doivent informer le judoka concerné*

*Les judokas recevant cette convocation doivent informer leur club*

JUDOKA	Masculins & Féminins 2014 / 2013 /2012 / 2011
MANIFESTATION	STAGE DEPARTEMENTAL
DATE	21-22-23 OCTOBRE 2024 (3 jours)
LIEU	Complexe Sportif LABRUNIE - 990 av. de la Libération – 74800 La Roche/Foron
Responsable	Marc TULLIO

**INFOS COMPLEMENTAIRES : REPONSE AVANT LE 13 OCTOBRE 2024**

Lieu	Dojo Départemental de Haute Savoie.
Infos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation financière de <b>100 €</b> à l'ordre du <u>Comité Départemental de Judo de Haute-Savoie</u></li> <li>Retournez le règlement à : <b>Comité départemental de Judo de Haute-Savoie</b> / le trésorier Centre Sportif Labrunie - 990 av de la Libération - 74800 La Roche sur Foron</li> <li>Retournez la fiche ci-dessous complétée, par mail à <a href="mailto:ctf.judo74@gmail.com">ctf.judo74@gmail.com</a> (ou déposez-la au dojo départemental)</li> </ul> <p><i>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le début du stage. Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</i></p> <p><b>Prévoir un pique-nique pour le repas du lundi 21 octobre à 12h.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir : un sac de couchage + oreiller + une paire de chaussures pour courir + une paire à semelle blanche pour le sport en salle + vêtements sportifs chauds + une petite trousse de pharmacie personnelle + une gourde + <b>des claquettes pour le dojo.</b></li> <li>Repas et hébergement à l'internat de l'ESCR à la Roche-sur-Foron</li> <li>Accueil : le 21 octobre à 09H</li> <li>Début de l'entraînement : 10H • Fin prévisionnelle du stage : le 23 OCTOBRE à 17H</li> </ul> <p><b>Nous demandons aux accompagnants de respecter les horaires indiqués pour les arrivées et départs des stagiaires. Les encadrants ne pourront être tenus responsables en cas de manquement à cette demande.</b></p>

**COORDONNEES DES ENCADRANTS :**

Marc TULLIO	06 15 34 12 74	CTF Haute Savoie <a href="mailto:ctf.judo74@gmail.com">ctf.judo74@gmail.com</a>

Code de l'Action Sociale et des Familles / CERFA N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON / INSCRIPTION

A compléter et remettre impérativement avant le début de l'évènement

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT.  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.**

### 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON / FILLE

CLUB .....

REGIME ALIMENTAIRE .....

**DATES ET LIEU DU SÉJOUR : du 21 au 23 octobre 2024 au dojo départemental**

### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

COMITE DEPARTEMENTAL DE JUDO DE HAUTE SAVOIE

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date de dernier rappel	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.

**GROUPE SANGUIN SI CONNU** .....

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| • RUBÉOLE          | oui / non |
| • VARICELLE        | oui / non |
| • ANGINE           | oui / non |
| • RHUMATISME       | oui / non |
| • SCARLATINE       | oui / non |
| • ARTICULAIRE AIGÜ | oui / non |
| • COQUELUCHE       | oui / non |
| • OTITE            | oui / non |
| • ROUGEOLE         | oui / non |
| • OREILLONS        | oui / non |

**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)**

.....  
 .....

**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.

.....  
 .....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM** ..... **PRÉNOM**.....  
 PERE / MERE / TUTEUR

ADRESSE (pendant le séjour)

.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): ..... BUREAU : .....

E.MAIL .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (si différent de ci-dessus)**

**NOM** ..... **PRÉNOM**.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): ..... 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 et Signature**