

# Stage Judo Benjamins à Cadets

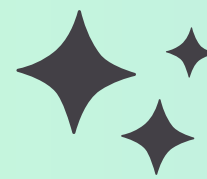
Du 18 et 19 Avril 2024

PREVOIR :  
SAC DE COUCHAGE  
AFFAIRE SPORT  
JUDO GI

**Accueil le 18 Avril au lycée agricole 9H00**  
**Fin du stage 19 Avril dojo départemental**  
**Pique nique du midi à prévoir le 18 Avril**

**prix du stage 46€**  
**Inscription avant le**  
**10 Avril 2024**





COMITE DE JUDO DORDOGNE

# *Stage Judo*

## *Benjamins à Cadets*

***Inscription via QR Code***

***Contact José Lopes CTF24***

***06 79 69 34 96***

***jose.lopes@ffjudo.com***

**Lien d'inscription**

**<https://forms.gle/wdsE1pvfE>**

**[nH9x2Wm6](#)**



**STAGE AVRIL**



## Fiche Sanitaire

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE  GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de

**II. VACCINATIONS** vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio		.....		___ / ___ / ___	
Du DT coq		.....		___ / ___ / ___	
Du Tétracoq		.....		___ / ___ / ___	
D'une prise polio		RAPPELS		___ / ___ / ___	
.....		.....		___ / ___ / ___	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS	
1 <sup>er</sup> VACCIN		VACCIN		.....	
___ / ___ / ___		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___	
REVACCINATION		1 <sup>er</sup> RAPPEL		.....	
___ / ___ / ___		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM		NATURE		DATES	
.....		.....		___ / ___ / ___	
.....		.....		___ / ___ / ___	

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<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"/> oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<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"/> oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**  
NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_

DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : \_\_\_\_\_  
DATE : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : .....

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
DEPART LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone) PAR  
LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

