



# STAGE SPORTIF

Inscriptions sur  
Extranet  
par les clubs

Comité de Judo de la Dordogne  
Av. Winston Churchill, 24660 Coulounieix Chamiers  
comite24@ffjudo.com / 07-80-39-06-41

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### BENJAMINS-MINIMES-CADETS

**Du 21 au 23 Octobre 2024**

#### Au programme :

- Préparation physique,
- Judo (Nage-waza, liaison Ne-waza, Travail du kumikata, arbitrage...),
- Activités encadrées proposées le soir.

#### Encadrement :

Responsable du stage : Hervé Vicaire

Intervenants techniques : Eric Corré, Pierre Annet, Hugo Audit, Emmanuelle Vacher et Thibaut Cellier.

Hébergement et repas : au lycée Agricole de Coulounieix Chamiers.

Ce stage est ouvert aux benjamins (à partir des ceintures jaune-orange), minimes et cadets. Des groupes d'âge seront réalisés pour respecter la typologie de chacun.

#### A prévoir :

Judogi, tenue de sport, affaires de rechange, nécessaire de toilettes, duvet et veste étanche pour aller du lycée au dojo (petite marche).

***RDV : lundi 21/10 à 9h au lycée agricole.***

***Fin mercredi 23/10 à 16h au dojo départemental.***

NOM : .....

PRÉNOM : .....

CLUB : ..... Date de naissance : .....

E-mail : ..... Portable : .....

**Pension complète (du lundi matin 9h au mercredi 16h) : 130 €**

**Repas et Nuit du dimanche soir en sus : 20€**

#### Paiement sur Helloasso :

<https://www.helloasso.com/associations/comite-judo-dordogne/evenements/stage-sportif-d-octobre-24-b>

Je soussigné(e) : .....

autorise : .....

à participer au **stage sportif du 21 au 23 octobre 2024 à Coulounieix Chamiers.**

J'autorise les responsables à prendre toutes les dispositions concernant la santé de mon enfant en cas de maladie ou d'accident pouvant survenir durant le stage.

A .....

Le .....

Signature des parents :



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**2024-2025**

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  GARÇON  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	DATES
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	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

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

..... / /  
 ..... / /  
 ..... / /

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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)

**LYCEE AGRICOLE LA PEYROUSE  
 ET DOJO DEPARTEMENTAL  
 24660 - COULOUNIEIX CHAMIER**

**ARRIVEE LE 21/10/2024**

**DEPART LE 23/10/2024**

**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)

.....  
 .....