

Stage d'avril Benjamins/Minimes

JUDOKA	Masculins & Féminins 2005/2006/2007/2008
MANIFESTATION	Stage départemental Benjamins/Minimes
DATE	Du 17 au 19 avril 2019
LIEU	DOJO DEPARTEMENTAL - 990 avenue de la libération, 74800 la Roche sur Foron
CLUB SUPPORT	aucun

INFOS COMPLEMENTAIRES :

Lieu	Dojo Départemental de Haute Savoie
Infos	<ul style="list-style-type: none"> • Participation financière de 45 € à l'ordre du <u>Comité Départemental de Judo de Haute-Savoie</u> • Retournez le règlement à : Comité départemental de Judo de Haute-Savoie / le trésorier Centre Sportif Labrunie - 990 av de la Libération - 74800 La Roche sur Foron • Retournez la fiche ci-dessous complétée, par mail à ctf.judo74@gmail.com (ou déposez-la au dojo départemental) <p><i><u>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le 5 avril 2019.</u></i> <i><u>Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 + des claquettes pour le dojo. <p>Prévoir un pique-nique pour le repas du lundi 17 avril à 12h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repas et hébergement à l'internat de l'ESCR à la Roche-sur-Foron <ul style="list-style-type: none"> • Accueil : le 17 avril à 08H00 • Début de l'entraînement : 9h30 • Fin du stage : le 19 avril à 16H30 <p>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.</p>

Responsable du stage durant le séjour : Marc TULLIO au 06.15.34.12.74

Président du comité : Bernard Gros/Pascal Scanavino

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

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : mercredi 17 au vendredi 19 Avril 2019 au dojo départemental.
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

Responsable du stage durant le séjour : Marc TULLIO au 06.15.34.12.74

Président du comité : Bernard Gros/Pascal Scanavino

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique 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 AIGÛ 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