

COMITE de JUDO de la HAUTE-SAVOIE

STAGE MIN2 /CADET(TE)S

Les clubs recevant cette convocation doivent informer le judoka concerné

Les judokas recevant cette convocation doivent informer leur club

JUDOKA	Masculins & Féminins 2009 /2010 / 2011 /2012
MANIFESTATION	STAGE DEPARTEMENTAL
DATE	29-30-31 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 12 OCTOBRE 2025

Lieu	Dojo Départemental de Haute Savoie.
Infos	- Participation financière de 100 € via le compte HelloAsso du <u>Comité Départemental de Judo de Haute-Savoie</u> - Retournez le règlement avant le 12 octobre 2025 - Retournez la fiche ci-dessous complétée, par mail à ctf.judo74@gmail.com (ou déposez-la au dojo départemental) <u>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le début du stage.</u> <u>Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</u> Prévoir un pique-nique pour le repas du MERCREDI 29 octobre à 12h. - 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. - Repas et hébergement à l'internat de l'ESCR à la Roche-sur-Foron - Accueil : le 29 octobre à 09H - Début de l'entraînement : 10H • Fin prévisionnelle du stage : le 31 OCTOBRE à 17H 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.
Pour régler via QR CODE HelloAsso	

COORDONNEES DES ENCADRANTS :

Marc TULLIO	06 15 34 12 74	CTF Haute Savoie ctf.judo74@gmail.com

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

RÉGIME ALIMENTAIRE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **du 29 au 31 octobre 2025 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	
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 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