



Monsieur Jérémy ANDRES  
Cadre Technique Fédéral

Metz, le 12 Janvier 2017

**ATTENTION : Cette convocation est à montrer à l'Entraîneur**

**CONVOCAION DETECTION  
STAGE INTERDEP MINIMES M ET F**

Minimes M&F Du **14/02/2017** Accueil **09H30** au **16/02/2017** à **16H00**

<b>Encadrement :</b>	Jérémy ANDRES (Tél : 06.20.10.13.46)
<b>Responsable des Minimes :</b>	M. Julien BERNIER et Stéphane TOUSSAINT
<b>Coût du Séjour :</b>	60.00€
<b>Lieu du stage :</b>	L.P.R Mendes France + Dojo de Contrexéville
<b>Accueil du stage :</b>	DOJO de Contrexéville, 180 rue du Halichard

Veuillez nous retourner ce coupon au **Comité des Vosges de Judo 2 rue Charles Perrault 88000 EPINAL** par **retour du courrier**, accompagné d'un chèque de **60.00€ et de la fiche sanitaire**.  
**SANS REGLEMENT NOUS NE TIENDRONS PAS COMPTE DE VOTRE INSCRIPTION. (impératif SVP Merci)**

**LES PLACES SONT LIMITEES AU NOMBRE DE 30 LES INSCRIPTIONS SE FERONT DANS L'ORDRE D'ARRIVEE**

✂ -----  
Minimes M F Du **14/02/2017** à 09H30 au **16/02/2017** à 12H00 à **CONTREXEVILLE**

CLUB : .....NOM +Tél Responsable Légal : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

PARTICIPERA :  OUI  NON MOTIF : .....

CI-JOINT REGLEMENT DE : €

Signature du représentant légal de l'enfant

Signature du Responsable du Club

**(Toute inscription sans règlement, ne sera pas acceptée au stage)**  
**(Nous vous remercions de bien vouloir compléter l'attestation parentale se trouvant au dos de ce document)**

Siège Social : 2, rue Charles Perrault - 88000 EPINAL

Téléphone : 03.29.82.48.20

E-mail : [comitevosgesjudo@orange.fr](mailto:comitevosgesjudo@orange.fr) / Site internet : <http://comitevosgesjudo.e-monsite.com>





## Modalités du Stage Interdépartemental

### ATTENTION :

Passeport sportif,  
Judogi,  
Claquette ou zori,  
Survêtement chaud pour footing,  
1 paire de basket pour le footing,  
1 Paire de basket pour le sport en salle (*Réglementation de la salle de sport de Contrexéville*)  
Nécessaire de toilette,  
Duvet ou Sac de couchage ou drap + taie, (*Couverture fournie*)  
Une trousse de secours pour les petits soins,  
**La Fiche Sanitaire**

#### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

**M. ANDRES Jérémy**

C T F Ligue Grand Est de Judo

Tél : 06 20 10 13 46

### AUTORISATION PARENTALE :

N° à contacter en cas d'urgence : .....

Je soussigné (e) M. Mme ....., civilement responsable de l'enfant ..... l'autorise par la présente à participer au à la *détection Minimes (M) et (F)* qui se déroulera du *14/02/2017 au 16/02/2017* à *CONTREXEVILLE* et donne tous pouvoirs aux cadres responsables du déplacement pour agir en cas d'accident, hospitalisation ou interventions chirurgicales.

Fait à ..... le .....

Signature de la personne civilement responsable du judoka

Siège Social : 2, rue Charles Perrault - 88000 EPINAL

Téléphone : 03.29.82.48.20

E-mail : [comitevosgesjudo@orange.fr](mailto:comitevosgesjudo@orange.fr) / Site internet : <http://comitevosgesjudo.e-monsite.com>



**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
**FICHE SANITAIRE de LIAISON**  
**2016/2017**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la Ligue Grand Est. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :                      ASTHME                                      oui      non  
    ALIMENTAIRES                                      oui      non  
    MEDICAMENTEUSES                                      oui      non  
    AUTRES (animaux, plantes, pollen)                                      oui      non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....  
 .....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui      non

.....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
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"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....  
 .....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL. TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : ..... (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :