COMITE DES VOSGES DE JUDO JU-JITSU ET D.A

Stage Départemental
Poussins-Benjamins-Minimes-Cadets

du **Lundi 10 au Mercredi 12 avril 2017 de 9h à 17h à Remiremont**
Accueil : Lycée Camille CLAUDEL (rue du Parmont)

LES PLACES SONT LIMITEES AU NOMBRE DE 80. LES INSCRIPTIONS SE FERONT DANS L'ORDRE D'ARRIVEE

Hébergement : Lycée Camille CLAUDEL à Remiremont

Responsable : Stany SIMON

Conditions : Licencié FFJDA, Passeport et Certificat médical en règle.

Programme : Judo, Activités annexes

Equipements : Judogi, survêtement, baskets, sac de couchage, affaires de toilette, trousse de soins, maillot et bonnet de bain, chaussure de marche ou bonne paire de baskets.

Tarifs : 85 € interne / 60 € ½ pension
Bons CAF, chèques vacances, coupons sports acceptés

10 % de réduction pour votre 2° enfant

Le bulletin d'inscription, le règlement, la fiche médicale et l'autorisation sont à retourner avant **le 31 mars 2017** au Comité des Vosges de Judo - 2 rue Charles Perrault – 88 000 EPINAL

✂----------

BULLETIN D'INSCRIPTION stage PBMC avril 2017

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Club : .....

Email : .....

Qualité : **INTERNE** **½ PENSIONNAIRE**

Ci-joint un chèque de ..... € (à libeller au Comité des Vosges de Judo)

Signature :

Merci de compléter impérativement la Fiche médicale ci-jointe, ainsi que l'autorisation parentale ci-après

Siège Social : 2, rue Charles Perrault - 88000 EPINAL
Téléphone : 03.29.82.48.20
E-mail : comitevosgesjudo@orange.fr / Site internet : http://comitevosgesjudo.e-mcnsite.com

MERCI DE COMPLETER SOIGNEUSEMENT CE DOCUMENT

AUTORISATION PARENTALE :

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

Je soussigné (e) M/Mme ....., civilement responsable de l'enfant ..... donne tous pouvoirs aux cadres responsables du stage pour agir en cas d'accident, hospitalisation ou intervention chirurgicale.

Accepte que les Responsables du stage renvoi mon fils/ma fille _____, à notre domicile, à notre charge, en cas de manquement au règlement établi par les cadres et/ou au règlement intérieur du lieu d'hébergement, au regard des conditions de logement.

Fait à ....., le .....

Signature du Représentant légal de l'enfant

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 le Comité des Vosges de Judo. 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
Diphtérie				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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	

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 :