



Stage Benjamins/Minimes

4 & 5 février 2023

CENTRE OMNISPORTS

VICHY

- ☞ Ce stage **avec hébergement** s'adresse aux filles et garçons benjamins et minimes 1^{ère} année (nés en **2010, 2011, 2012**).
- ☞ L'**inscription** se fait par les clubs **via l'extranet** de la fédération (en cas de problème, par mail adressé à judo.allier@sfr.fr).
- ☞ La participation est fixée à **35 € / stagiaire**. **Un appel à paiement sera envoyé aux clubs ; aucun règlement ne sera accepté le jour du stage.**
- ☞ Le quota global est limité à **24** participants.
- ☞ L'entraînement sera conduit par Guillaume PURSEIGLE (responsable du stage) assisté de Jessy Goroch.
- ☞ Accueil de 09h00 à 09h30 au **Centre de Séjour** du Centre Omnisports le 4 février 2023.
Fin prévisionnelle le 5 février à 17h00.
- ☞ Les stagiaires voudront bien se présenter munis de l'autorisation parentale et de la fiche sanitaire dûment complétées.

NE PAS OUBLIER :

kimono, tenue de sport (survêtement, chaussures), K Way, bouteille d'eau, passeport sportif, crayon, papier, pharmacie (bande, pansements, masques et gel hydroalcoolique.)

le 04.01.2023
Cl. GOURLIER



COMITÉ de l'ALLIER de JUDO

SAISON 2022 - 2023



AUTORISATION PARENTALE

(à remettre à Guillaume PURSEIGLE, responsable du stage)

M autorise son fils / sa fille
à participer au stage départemental les 4 & 5 février 2023 dans les conditions
mentionnées dans la notice de présentation.

Je soussigné demeurant
autorise les responsables du stage à faire donner tout soin ou pratiquer toute
intervention chirurgicale à mon enfant en cas de
nécessité constatée par un médecin.

À le

Signature précédée de « **Lu et approuvé** »

Renseignements importants que vous souhaitez faire connaître au responsable
(allergies,...) :

.....
.....

Nom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

**IMPORTANT : Le stagiaire s'engage à avoir un comportement correct
pendant toute la durée du stage sous peine de renvoi.**

En cas de défection de dernière minute, avertir le

06.69.52.38.18 (Guillaume PURSEIGLE)



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES