



Stage sportif départemental Cadets et Cadettes
Du 28 février au 02 mars 2018 à Ploërmel

Vous êtes sélectionné(e) pour le stage Cadets qui se déroulera du **mercredi 28 février au vendredi 02 mars 2018** Salle des arts Martiaux (Rue pierre de Coubertin 56800 Ploërmel)

Il est ouvert en priorité aux **athlètes finalistes du championnat de département puis aux sélectionnés au 1/2 finale des championnats de France cadets(ttes)** une liste d'attente sera établie en fonction des dates d'arrivée des dossiers.

L'encadrement sera assuré par **HAMEON Philippe et MENARD Romain** (professeurs brevetés d'état et membre de la commission sportive départementale). Stage en collaboration avec le CD22, CD29 et CD56. Présence des CT de la Ligue de Bretagne.

Participation aux frais : 60 €

Mode de fonctionnement :

Début du stage à **9h00 le mercredi 28 février à la salle des arts martiaux** ; fin du stage le **vendredi 02 mars à 16H00, à la salle des arts martiaux**. Présence des parents indispensable (ou tuteur) pour recevoir le programme et les règles de déroulement du stage.

Ce stage a pour but d'améliorer le potentiel physique et technique. Mis en place pour la préparation aux championnats à venir. Au programme Judo debout et au sol, sports collectifs, footing, Arbitrage. Les mineurs seront sous la responsabilité d'une personne désignée à cet effet.

Matériel à prévoir :

Duvet + Drap housse, chaussons pour l'internat, 2 kimonos, survêtements, coupe-vent, 2 paires de chaussures de sport, Serviettes de toilette, « trousse à pharmacie » : élastoplaste, pansements....

Les dossiers d'inscriptions sont à retourner à l'adresse suivante :

Comité Départemental de Judo
8, rue Nungesser et Coli
35200 RENNES

Date limite d'inscription : le 19/02/2018

Stage sportif départemental CADETS CADETTES
Du 28 février au 02 mars 2018 à Ploërmel

Nom : Prénom : Date naissance :

Catégorie de poids : Club : Grade :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Personne à prévenir en cas d'accident (nom, adresse, n°tél) :

Adresse mail pour toute correspondance :@.....

La liste des stagiaires sera disponible sur le site du CD35.

N° Chèque :

Aucune inscription ne sera prise en compte si le dossier n'est pas complet

- Chèque** libellé à l'ordre du comité départemental d'Ille et Vilaine de Judo
 Autorisation parentale + feuille d'inscription + Signature de l'enseignant

Adresse secrétariat : CD35 8, rue Nungesser et Coli 35200 RENNES.

Date limite d'inscription : le 19/02/18

Pour toute demande d'annulation d'inscription après la date de clôture, un montant de 15 €uros sera retenu sur le règlement initial, sauf en cas de présentation d'un certificat médical de contre indication à la pratique du Judo. (Un certificat de reprise sera ensuite nécessaire pour participer à nouveau aux activités fédérales - compétitions & stages)

Autorisation parentale

Je soussigné Monsieur, Madame, _____, autorise mon enfant à participer au stage « Cadets/Cadettes » du 28/02/2018 à 9h00 au 02/03/2018 à 16h00 à PLOERMEL sous la responsabilité des encadrants du stage de JUDO.

J'autorise les responsables du stage à prendre les mesures nécessaires (appel médecin, transport pompier) pour mon enfant, en cas d'éventuelle blessure qui surviendrait durant cette période de stage.

Je soussigné Monsieur, Madame, _____, autorise à faire pratiquer sur le mineur _____, une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale selon la prescription du médecin.

Précisez si votre enfant à une éventuelle allergie :

A _____ Le _____

Faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature :

signature de l'enseignant du club :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREES , ETC... PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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 :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....