



# COMITÉ de l'ALLIER de JUDO

## SAISON 2024 - 2025



# Stage Interdépartemental Minimes

**04, 05, 06 Mars 2025**

**CEYRAT**

- ☞ Ce stage **avec hébergement** s'adresse aux filles et garçons **nés en 2011, 2012**.
- ☞ L'**inscription** se fait par les clubs **via l'extranet** de la fédération avant le 10 février (en cas de problème par mail adressé à [judo.allier@sfr.fr](mailto:judo.allier@sfr.fr) ).
- ☞ La participation est fixée à 65 € / stagiaire (68 € restant à la charge du comité). **Un appel à paiement sera envoyé aux clubs ; aucun règlement ne sera accepté le jour du stage.**
- ☞ Le nombre des participants est limité à 5 / club, le quota global ne devant pas dépasser 20.
- ☞ L'entraînement sera conduit par Jillian NGUYEN assisté des professeurs de chaque comité participant (Jessy GOROCH pour l'Allier).
- ☞ Accueil de 09h30 à 10h00 à l'ARTENIUM 63122 CEYRAT, (hébergement au Château de Theix 5 Route du Mont Dore Saint-Genès-Champanelle).
- ☞ Les stagiaires devront donner le 1<sup>er</sup> jour du stage à Jessy GOROCH l'autorisation parentale dûment complétée ainsi que la fiche d'inscription et les justificatifs demandés.

### NE PAS OUBLIER :

Kimono, tongs / claquettes, tenue de sport (survêtement, chaussures), K Way, bouteille d'eau, petite pharmacie personnelle (bande, pansements, straps...), **sac de couchage, maillot de bain.**

le 24.01.2025  
L. DUPUIS



# COMITÉ de l'ALLIER de JUDO

## SAISON 2024 - 2025



### Fiche d'inscription

NOM et PRENOM .....

CLUB .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Catégorie de poids .....

ADRESSE .....

TÉLÉPHONE ..... Email .....

***souhaite participer au stage interdépartemental «Minimes ( F & G )»  
qui aura lieu à Ceyrat les 04, 05 & 06 Mars 2025.***

#### **Pièces à joindre**

- La fiche sanitaire de liaison dûment remplie**
- Photocopie des documents attestant que les vaccinations sont à jour**
- Photocopie des pages du passeport (licence France Judo)**

À ..... le .....

L'enseignant,

Les parents,



# COMITÉ de l'ALLIER de JUDO

## SAISON 2024 - 2025



### AUTORISATION PARENTALE

(à remettre à Jessy GOROCH, responsable pour le comité de l'Allier)

M ..... autorise son fils / sa fille .....  
à participer au stage « Elite Interdépartemental Minimes » les 04, 05, 06 mars 2025  
à Ceyrat (63) 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.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

PRÉCISER LA REF DU STAGE = .....

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :