

# COMITE MEUSE DE JUDO

Adresse postale : chez Madame LEPEZEL Martine – 1 rue haute – 55400 MORGEMOULIN

Tél. : 06 89 13 16 05

Adresse mail secrétariat : [secretariatcd55@gmail.com](mailto:secretariatcd55@gmail.com)

Nos partenaires



## STAGE SPORTIF D'HIVER 2020.

**Benjamins-Minimes et Cadets M et F  
(donc année de naissance de 2003 à 2009).**

**DU 16/02/20 AU 19/02/20 à SAINT MIHIEL.**

**Responsable technique et administratif : THIEBLEMONT Raphaël.**

- **Tél :** 06 22 94 30 79.

- **Mail :** [thiebraph@yahoo.fr](mailto:thiebraph@yahoo.fr)

### MODALITÉS PRATIQUES

**Accueil des stagiaires :** le dimanche 16/02/20 à partir de 18 h à l'Hôtel de la Gare de Saint Mihiel (place de la gare, 55300 Saint-Mihiel).

**Clôture du stage :** le mercredi 19/02/20 à 18 h au **dojo** départemental de Saint Mihiel (avenue Pierre de Coubertin).

**Frais d'inscription :** **50 €** par stagiaire. Chèque libellé à l'ordre de :  
**COMITÉ MEUSE DE JUDO**  
(Coût réel du stage : 170€)

**Stage limité à 40 participants.**

Au programme : judo, judo Handisport, sports collectifs, piscine, préparation à la coupe de France minimes par équipes départementales...

Hébergement : Hôtel de la Gare.

**Les stagiaires devront se munir:**

- Joggings, 1 paire de baskets (1 pour l'extérieur : footing) et 1 paire de chaussures pour se déplacer.
- Judo-gi, **Zoori** (claquettes) dans le sac de judo avec son kimono blanc qui restera au dojo.
- Nécessaire de toilette
- Une photocopie de la carte de Sécurité Sociale.
- Maillot de bain + bonnet **obligatoire** (piscine).
- Passeport sportif en règle (licence, certificat médical, grades homologués).

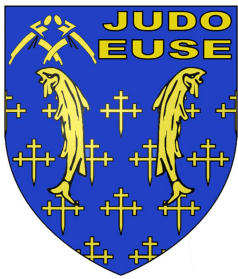
**L'inscription ne sera pris en compte qu'à la réception du dossier ci-dessous complet : Fiche d'inscription, Autorisation parentale et Fiche Sanitaire.**

**La commission sportive :**

**THIEBLEMONT Raphaël  
DE Judo 054 10 0051.**

Site internet : [www.meusejudo.com](http://www.meusejudo.com)

Siège social : Dojo « les Avrils » - rue Pierre de Coubertin – 55300 SAINT-MIHIEL.



# **FICHE D'INSCRIPTION**

## **Stage judo du 16/02/20 au 19/02/20**

### **Saint Mihiel**

NOM – Prénom du stagiaire : .....

Date de naissance : .....

Club d'affiliation : .....

Grade : (pas de grade minimum mais c'est un stage sportif) .....

Règlement des frais d'inscription de 50 € soit :

- Par chèque au nom du Comité Meuse de Judo
- Par chèque de groupe : Nom du débiteur – Club : .....
- Autre modalité de règlement (chèque vacances, etc...) :

Tél ou mail afin que je puisse vous confirmer l'inscription : .....

### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) M.,

Mme.....

Atteste que mon (ou mes) enfant(s) (NOM – Prénom).....

Est (sont) apte(s) à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du stage de judo.

Autorise également le responsable du stage à prendre les mesures qui s'imposent pour le bon déroulement du séjour, notamment en matière de sécurité et à faire appel, le cas échéant, aux services de secours, notamment en cas d'accident survenu au cours du stage afin de pouvoir consulter le centre de soins le plus proche si nécessaire.

Autorisation d'utiliser l'image de votre enfant pour les photos promotionnelles sur nos différents médias :

OUI

NON

A..... le .....

Signature

*N'oubliez pas de préciser les restrictions alimentaires s'il y en a.*

**DOSSIER COMPLET à retourner avec le règlement avant le vendredi 07/02/2020 à :**

**M. THIEBLEMONT Raphaël – 18 place Charles De Gaulle – 55200 COMMERCY.**

**(Sous réserve qu'il reste des places. Je vous informerai. Seul le dossier complet validera l'inscription.)**

**Stage limité à 40 participants.**



|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>FICHE SANITAIRE DE<br/>LIAISON</b> | <b>1 - ENFANT</b>  |
|                                       | NOM : .....  |
|                                       | PRÉNOM : .....   |
|                                       | DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....                      |
|                                       | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      | oui | non |                            |                            |       |
| Diptérie             |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÛ                            | 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"/> |   |

**ALLERGIES :**

|              |   |                 |   |
|--------------|---|-----------------|---|
| ASTHME       | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSES | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | AUTRES          | .....   |

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

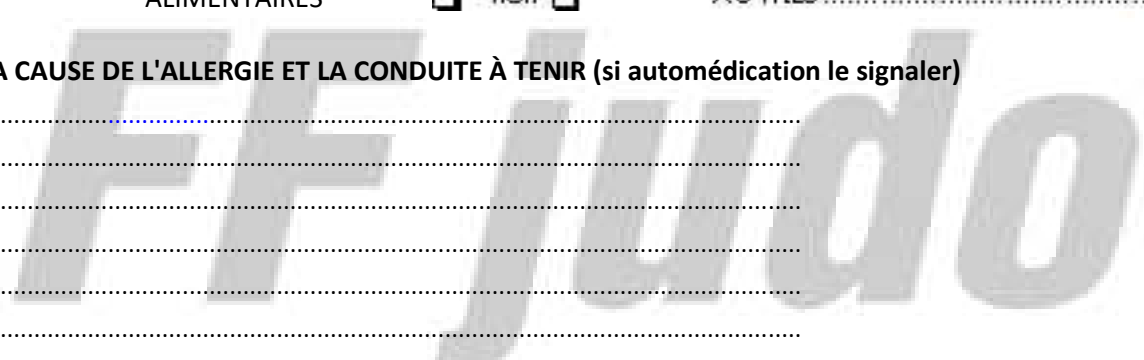
.....

.....

.....

.....

.....



**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.

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

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....  
.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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

