

COMITE de JUDO de la HAUTE-SAVOIE

STAGE BENJAMINS/MINIMES

Les clubs recevant cette convocation doivent informer le judoka concerné

Les judokas recevant cette convocation doivent informer leur club

JUDOKA	Masculins & Féminins 2015/ 2014 /2013 / 2012
MANIFESTATION	STAGE DEPARTEMENTAL
DATE	13-14-15 AVRIL 2026 (3 jours)
LIEU	Complexe Sportif LABRUNIE - 990 av. de la Libération – 74800 La Roche/Foron
Responsable	Marc TULLIO

INFOS COMPLEMENTAIRES : REPONSE AVANT LE 5 AVRIL 2026

Lieu	Dojo Départemental de Haute Savoie.
Infos	- Participation financière de 100 € via le compte HelloAsso du <u>Comité Départemental de Judo de Haute-Savoie</u> - Retournez le règlement avant le 5 avril 2026 https://www.helloasso.com/associations/comite-departemental-de-haute-savoie-judo-jujitsu/evenements/stage-judo-vacances-de-avril-benj-min1-du-13-au-15-avril-2026
Pour régler via	Retournez la fiche ci-dessous complétée, par mail à ctf.judo74@gmail.com (EN FICHER PDF svp.)
QR CODE HelloAsso	<i>Nota : Tous ces documents d'inscription devront parvenir avant le début du stage. Toute participation non réglée par le judoka lui-même sera facturée au club auquel il est licencié.</i> Prévoir un pique-nique pour le repas du lundi 13 AVRIL à 12h. - Prévoir : un sac de couchage + oreiller + une paire de chaussures pour courir + une paire à semelle blanche pour le sport en salle + vêtements sportifs chauds + une petite trousse de pharmacie personnelle + une gourde + des claquettes pour le dojo. - Repas et hébergement à l'internat de l'ESCR à la Roche-sur-Foron - Accueil : le 13 AVRIL à 09H - Début de l'entraînement : 10H • Fin prévisionnelle du stage : le 15 AVRIL à 17H Nous demandons aux accompagnants de respecter les horaires indiqués pour les arrivées et départs des stagiaires. Les encadrants ne pourront être tenus responsables en cas de manquement à cette demande.

COORDONNEES DES ENCADRANTS :

Marc TULLIO	06 15 34 12 74	CTF Haute Savoie ctf.judo74@gmail.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / INSCRIPTION

A compléter et remettre impérativement avant le début de l'évènement

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

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON / FILLE

CLUB

RÉGIME ALIMENTAIRE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : du 13 au 15 AVRIL 2026 au dojo départemental

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

COMITE DEPARTEMENTAL DE JUDO DE HAUTE SAVOIE

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date de dernier rappel	Vaccins recommandés	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 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.

GROUPE SANGUIN SI CONNU

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

- | | |
|--------------------|-----------|
| • RUBÉOLE | oui / non |
| • VARICELLE | oui / non |
| • ANGINE | oui / non |
| • RHUMATISME | oui / non |
| • SCARLATINE | oui / non |
| • ARTICULAIRE AIGÜ | oui / non |
| • COQUELUCHE | oui / non |
| • OTITE | oui / non |
| • ROUGEOLE | oui / non |
| • OREILLONS | oui / non |

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.

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM **PRÉNOM**.....

PERE / MERE / TUTEUR

ADRESSE (pendant le séjour)

.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): BUREAU :

E.MAIL

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (si différent de ci-dessus)

NOM **PRÉNOM**.....

TÉL. FIXE (ET/OU PORTABLE): 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 et Signature