



COMITE  
DE  
MOSELLE

JUDO - JUJITSU et D.A.

ACADEMOS  
2 rue Plénière  
57420 VERNY

Courriel: Comitemosellejudo@wanadoo.fr  
http://www.judo-moselle.fr



Guillaume FELLINI  
Cadre Technique Départemental

Verny, le 28 Septembre 2021

## CONVOCAATION STAGE 2021 MINIMES BENJAMINS (M) (F)

Cher (e) Ami (e),

Si tu le souhaite tu peux participer à un « **Stage Sportifs** » pendant les vacances de la toussaint. Ce stage te permettra de te perfectionner et d'appréhender dans les meilleurs conditions possibles les futures échéances.

J'attire tout de même ton attention quand au fait que c'est un **stage sportifs**, avec un **degré d'intensité élevé**. Il est donc important avant de t'inscrire, de te rapprocher de ton professeur de judo pour **évalué ton niveau d'activité physique**.

Ce stage se déroulera les

**Lundi 25 Octobre au Mercredi 27 Octobre 2021**

**Coût du Séjour :** 65.00€

**Lieu du stage :**  
-Lycée Robert-Schuman de Metz.  
-Dojo de l'ASPTT METZ JUDO.

**Accueil du stage :** -Au Lycée Robert-Schuman de Metz , rue Belletanche  
57000 METZ à **09H00** ( **Attention l'entrée ne se fera pas rue Monseigneur Pelt**  
**)**

**Clôture du Stage:** -DOJO de l'ASPTT METZ JUDO à **16H30**.

Si tu souhaite t'inscrire à ce stage , nous t'invitons à prendre contact avec ton enseignant afin **qu'il puisse t inscrire sur extranet**.

J'attires également ton attention que ton inscription au stage sera définitive au moment ou nous recevrons les pièces administratives et le paiement par courrier.

Si tu as des questions , n'hésite pas à prendre contact avec moi.

Reçois, Cher (e) Ami(e), mes sincères salutations sportives.

**FELLINI Guillaume**  
CTD 57

## **MODALITES DU STAGE**

Passeport sportif,  
Judogi,  
Claquettes ou zoori,  
Survêtement chaud pour footing,.  
1 paire de basket pour le footing,  
Nécessaire de toilette,  
Une trousse de secours pour les petits soins,  
La Fiche Sanitaire,  
**Un passe Sanitaire valide.**

**Si tu as un régime alimentaire particulier , merci de l'indiquer dans la fiche sanitaire en sachant que les repas qui vous seront proposé seront « halal »**

**Conseils :** Eviter tout appareils électronique de valeurs ( téléphone portable ,écouteur sans fils , etc.... ) des vols ont eu lieu l'année dernière et nous déclinons toute responsabilité si cela devait se reproduire.

### **COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR**

M.FELLINI Guillaume  
C T F Comité de Moselle de Judo  
@: Guillaume.feellini@ffjudo.com  
Tél : 06 33 23 11 29

# Coupon réponse

STAGE JUDO 2021

**MINIMES - BENJAMINS M ET F**

Lundi 25 Octobre au Mercredi 27 Octobre 2021

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

NOM Responsable Légal : \_\_\_\_\_

Tél Responsable Légal \_\_\_\_\_

CLUB: \_\_\_\_\_

☎ : (Obligatoire) \_\_\_\_\_

CATEGORIE DE POIDS\* : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal de l'enfant

Signature du Responsable du Club

## **AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné (e) M. Mme \_\_\_\_\_, civilement responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ l'autorise par la présente à participer au Stage Sportifs de Judo 2021, qui se déroulera les Lundi 25 Octobre au Mercredi 27 Octobre 2021 et donne tous pouvoirs aux cadres responsables du déplacement pour agir en cas d'accident, hospitalisation ou intervention chirurgicales.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de la personne civilement responsable du judoka.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME 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 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 ?

 NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI 

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON  OUI 

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---