

# COMITÉ DE L'ISÈRE DE JUDO

Eybens le 6 janvier 2012

**Objet** : Stage MINIMES Inter-départemental à la Roche sur Foron

Le Comité Isère participera au stage interdépartemental MINIMES du :

**LUNDI 13/02 AU MERCREDI 15/02/12,**

le nombre de place est limité à 29 personnes. Les inscriptions seront enregistrées par ordre d'arrivée. Un accusé de réception vous sera adressé par courrier électronique.

Le coût du stage est de 150€ par judokas, une participation de 50 euros (33% du coût total) par stagiaire est demandée. **Celle-ci doit parvenir à l'inscription (chèque libellé à l'ordre du Comité Isère Judo).**

## Informations stage :

- **Lieu :** Complexe Sportif LABRUNIE  
990 av. de la Libération  
**74800 LA ROCHE SUR FORON**
- **Dates :** **LUNDI 13/02 AU MERCREDI 15/02/12**
- **Encadrement :** Jérôme CAVALLI, CTF (responsable)  
Stéphanie Arocas, professeur à Moirans
- **Programme :** Judo technique debout-sol.
- **Matériel :**

Prévoir un **SAC DE COUCHAGE**, une paire de chaussures pour courir + une paire à semelle blanche pour le sport en salle, vêtements sportifs chauds, judogi, survêtement, bouteille d'eau, trousse à pharmacie (Elastoplate, coton), nécessaire de toilettes.

- **ACCUEIL RENDEZ VOUS SUR PLACE A 9H30 LE LUNDI 13/02/12 AU :**

Complexe Sportif LABRUNIE  
990 av. de la Libération **74800 LA ROCHE SUR FORON**

- **RETOUR RENDEZ VOUS SUR PLACE A 17H00 LE MERCREDI 15/02/12 AU :**

Complexe Sportif LABRUNIE  
990 av. de la Libération **74800 LA ROCHE SUR FORON**

## **Programme du stage (exemple) :**

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>
	<b>7h à 8h00 :</b> Footing	<b>7h à 8h00 :</b> Footing
<b>9h30 :</b> Accueil sur place	<b>8h00 à 9h00 :</b> Petit déjeuner	<b>8h00 à 9h00 :</b> Petit déjeuner
<b>10h00 à 11h30 :</b> JUDO	<b>9h30 à 11h30 :</b> JUDO	<b>9h30 à 11h30 :</b> JUDO
<b>12h00 à 13h00 :</b> Déjeuner	<b>12h00 à 13h00 :</b> Déjeuner	<b>12h00 à 13h00 :</b> Déjeuner
<b>13h00 à 14h00 :</b> Repos	<b>13h00 à 14h00 :</b> Repos	<b>13h00 à 14h00 :</b> Repos
<b>14h00 à 17h00 :</b> JUDO	<b>14h00 à 15h00 :</b> Sport Collectif	<b>14h00 à 16h00 :</b> JUDO
<b>17h00 à 18h00 :</b> Présentation filière de haut niveau	<b>16h00 à 18h00 :</b> JUDO	<b>16h30 :</b> Fin du stage
<b>18h00 à 19h00 :</b> Douche /repos	<b>18h00 à 19h00 :</b> Douche /repos	<b>17h00 :</b> Remise des judokas aux parents
<b>19h00 à 20h00 :</b> Diner	<b>19h00 à 20h00 :</b> Diner	
<b>20h15 :</b> Film	<b>20h15 :</b> Film	
<b>22h00 :</b> Coucher	<b>22h00 :</b> Coucher	

**Fiche autorisation parentale ci-jointe et le règlement sont à retourner le plus rapidement possible au Comité Isère (date limite 30 JANVIER) .**

Pour toutes informations complémentaires vous pouvez joindre le conseiller technique par téléphone au 06.86.98.36.26. ou par e.mail : [contact@judo38.com](mailto:contact@judo38.com)

Comptant sur ta participation, nous te présentons nos salutations sportives.

Thierry OUISE  
Responsable de la Commission sportive

Jérôme CAVALLI  
Conseiller Technique Départemental

COMITE ISERE JUDO – 7 RUE DE L'INDUSTRIE – 38320 EYBENS  
A RENVOYER AVANT LE 30 JANVIER

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) agissant en qualité de parent / tuteur légal

NOM & PRENOM :

### Responsable légal de l'enfant

NOM & PRENOM (de l'enfant) :

Né le :

Club :

Numéro de licence :

Autorise mon enfant a participé au stage **MINIMES** qui se déroulera à la **Roche sur Foron**

Du : **LUNDI 13 FEVRIER 2012**

Au : **MERCREDI 15 FEVRIER 2012**

Je déclare autoriser les responsables du stage à prendre toutes les décisions qu'ils jugeront nécessaires au regard de l'état de l'enfant en cas d'accident se produisant pendant le stage (intervention médicale ou chirurgicale ou autres).

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

Je décharge la FFJDA et les accompagnateurs de toute responsabilité en cas de sortie non autorisée de mon enfant de l'établissement où se déroule le stage.

Déclare expressément décharger le FFJDA de toute responsabilité pour le transfert de mon enfant du lieu de stage à son domicile.

***Tout stagiaire ne se présentant pas au stage avec cette décharge ne sera pas admis***

**Règlement de 50€**

(à l'ordre du Comité Isère judo) :

Banque :

N° chèque :

**Je désire une facture :**

Oui –  Non (cochez la case)

Date :

Signature du responsable légal de l'enfant :

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

**MERCI DE REMPLIR LA FICHE SANITAIRE AU VERSO**



**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR 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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'Y 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 marqués 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.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (RACOURCIR).....

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**

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