

CONTACT ORGANISATION

Sébastien EPAILLY
10 rue du Colombier - 25660 Saône
Mob. : 06 88 96 02 89
Courriel : sebastien.epailly@ffjudo.com

Date 11 Avril 2024

CONVOCATION

COUPE DE BFC MINIMES PAR MIXTE EQUIPE DE DEPARTEMENT

J'ai le plaisir de t'annoncer que tu as été sélectionné(e) par le Comité Départemental de Haute-Saône - Judo pour participer à la **2^{ème} édition de la coupe de BFC par équipe Mixte de Département** qui aura lieu le Dimanche 26 Mai 2024. Cet évènement est unique et un bon moyen de faire briller les couleurs de ton département. C'est pour cela que j'espère une réponse favorable.

Sébastien EPAILLY,
CMTF Haute-Saône Judo



DATES	DIMANCHE 26 MAI 2024
LIEU	DOJO DEPARTEMENTAL – 101 RUE DU COLONEL DE CASTELJAU – 39000 LONS LE SAUNIER
HEBERGEMENT	/
REPAS	REPAS TIRE DU SAC (PRISE EN CHARGE PAR LES PARENTS)
ENCADREMENT	EPAILLY SEBASTIEN
RENDEZ-VOUS	SUR PLACE A 09H30
TARIF	GRATUIT
MATÉRIEL A PRÉVOIR :	JUDOGI, VETEMENT DE RECHANGE, TROUSSE DE TOILETTE, PASSEPORT JUDO, TONGS ET PHARMACIE
MESURES SANITAIRES VIGUEUR :	PAS DE MESURE PARTICULIERE

SIÈGE SOCIAL

Chez Monsieur Philippe Schärr
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagney
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president_comite70@ffjudo.com

COMPOSITION DE LA DELEGATION :

Equipe mixte Haute-Saône Judo

- 42 : MOUGEOT CAMILLE – CS LURE
- 44 : HOSATTE LOUNA – VY LES LURE
- 50 : GRAVIER ALLAN – CS LURE
- 52 : ANTOINE MELISSA – JUDO CLUB 1000 ETANGS
- 60 : INGELARE NATHEO – CS LURE
- 63 : DAVAL LILOU – JUDO CLUB 1000 ETANGS
- + 60 : ROSSEL NATAHEL – HERICXOURT LA VAUDOISE
- +63 : GSCHWEND ALLIENA – CS LURE

Arbitre 1 : NARDIN ALOIS – JUDO CLUB GYLOIS

Commissaire Sportif : /

Encadrement : EPAILLY Sébastien

SIÈGE SOCIAL

Chez Monsieur Philippe Schärr
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagny
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president_comite70@ffjudo.com





COMITÉ DE HAUTE-SAÔNE DE JUDO, JU JITSU ET DISCIPLINES ASSOCIÉES

Le coupon-réponse et la fiche sanitaire sont à me faire parvenir avant le 15/05/2023 par voie postal : EPAILLY Sébastien - 10 rue du Colombier - 25660 Saône ou par mail : sebastien.epailly@ffjudo.com

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel cas d'urgence :

Date de naissance :

Poids :Kg

E-mail:

Club:

Autorisation parentale

Je soussigné(e)....., autorise mon fils ou ma fille à participer à la coupe de France par équipe de département du au..... j'autorise les organisateurs : a déplacé mon enfant et à prendre toutes les décisions qu'ils jugeront nécessaire et je m'engage à revenir chercher mon enfant sur site dans les meilleurs délais en cas de blessure, en raison d'un comportement contraire à la vie en collectivité ou en raison d'un investissement sportif jugé insuffisant par le responsable du stage.

Signature des parents :

SIÈGE SOCIAL

Chez Monsieur Philippe Schärr
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagny
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president_comite70@ffjudo.com





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Oua DT polio			Autres (préciser)	
Oua 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	ROUGEOLE		OREILLONS			
	OUI	NON	OUI	NON	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.....
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