

CONTACT ORGANISATION

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

Date 02 Avril 2024

CONVOCATION

COUPE DE FRANCE MINIMES PAR 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 coupe de France Minimes par équipe de Département qui aura lieu le week-end du 11 et 12 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	SAMEDI 11 ET DIMANCHE 12 MAI 2024
LIEU	ARTENIUM – 4 PARC DE L'ARTIERE – 63122 CEYRAT
HEBERGEMENT	PRIS EN CHARGE PAR LE DEPARTEMENT
REPAS	PRIS EN CHARGE PAR LE DEPARTEMENT
ENCADREMENT	EPAILLY SEBASTIEN – ENSEIGNANTS DU CD 70
RENDEZ-VOUS	POUR LES MASCULINS : VENDREDI 10 MAI 2024 A 11H00 POUR LES FEMININES : SAMEDI 11 MAI 2024 A 11H00 DU DOJO DEPARTEMENTAL - 53 RUE JEAN JAURES - 70000 VESOUL
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 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 05/01/2024 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



LIGUE DE JUDO
Bourgogne-Franche-Comté

FRANCE
JUDO



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		
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.

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	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
exactes 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