

**CONTACT ORGANISATION**

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

Date 09 Janvier 2024

**CONVOCATION  
STAGE INTER-DEPARTEMENTAL MINIMES DE BELLECIN**

Cher(e) ami(e) judoka,

J'ai le plaisir de t'annoncer que tu as été sélectionné(e) par le Comité Départemental de Haute-Saône - Judo pour participer au stage de perfectionnement Technique Inter-départemental de Bellecin (Jura). Ce stage est un bon moyen de préparer les prochaines échéances, c'est pour cela que j'espère avoir une réponse favorable de ta part (pour les réponses négatives sans argument valable le CD 70 se réserve le droit de ne plus les sélectionner). Le nombre de place étant limité à 8, les 8 premiers à répondre seront sélectionnés merci de répondre rapidement.

Il est important que tu informes ton enseignant de ta participation à ce stage.

Comptant sur ta participation, je te prie d'agréer, mes sincères salutations sportives.

Très cordialement

Sébastien EPAILLY,  
CMTF Haute-Saône Judo



<b>DATES</b>	LUNDI 19 AU MERCREDI 21 FEVRIER 2024
<b>LIEU</b>	BASE NAUTIQUE DE BELLECIN – 39 270 ORGELET
<b>HEBERGEMENT</b>	SUR PLACE
<b>REPAS</b>	SUR PLACE
<b>ENCADREMENT</b>	EPAILLY SEBASTIEN – VINCENT MATHIEU
<b>RENDEZ-VOUS</b>	PARKING DE LA MAISON DES ASSOCIATIONS - 53 RUE JEAN JAURES - 70000 VESOUL A 08H00
<b>TARIF</b>	100 € (LE COUT DU STAGE EST DE 225,00 € LE CD 70 PREND +DE 50% A SA CHARGE)
<b>ACTIVITES PROPOSEES</b>	FOOTING, JUDO ET APN LORS DE L'APRÈS MIDI DETENTE
<b>MATÉRIEL A PRÉVOIR :</b>	JUDOGI, VETEMENT ET CHAUSSURE DE SPORT, TONGS, TROUSE DE TOILETTE SAC DE COUCHAGE ET PHARMACIE
<b>MESURES SANITAIRES VIGUEUR :</b>	PAS DE MESURE SANITAIRE PARTICLIERE

**SIÈGE SOCIAL**

Chez Monsieur Philippe Schärr  
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagny  
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president\_comite70@ffjudo.com



**HAUTE  
SAÔNE  
JUDO**

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

**Le coupon-réponse, le règlement et la fiche sanitaire sont à me faire parvenir  
avant le 24/01/2022 à cette adresse : EPAILLY Sébastien - 10 rue du  
Colombier - 25660 Saône.**

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 au stage inter-départemental technique du ..... au..... j'autorise les organisateurs 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.

Et je joins un chèque de 100 € de participation à l'ordre du Comité départemental de Haute-Saône de Judo.

**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 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	
Poliovirémie				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétraoq					
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 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 (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