



COMITE DE HAUTE-SAONE JUDO JU JITSU KENDO

ET DISCIPLINES ASSOCIEES

LIGUE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

EPAILLY Sébastien - 10 rue du Colombier - 25660 Saône - Tel : 06 88 96 02 89

Mail : sebastien.epailly@ffjudo.com

INVITATION AU TOURNOI ET STAGE INTER-NATIONAL DE ZAKOPAN – POLOGNE 2021

J'ai le plaisir de t'annoncer que le Comité Départemental de Haute-Saône - Judo propose à ces licenciés de participer à un tournoi et stage de perfectionnement Technique International de Zakopane (Pologne). Ce déplacement est une expérience unique de découvrir une pratique différente et une nouvelle culture, c'est pour cela que j'espère avoir une réponse favorable de ta part. Le nombre de place étant limité à 40, merci de répondre rapidement.

Très cordialement

LIEU : ZAKOPANE (POLOGNE)

HÉBERGEMENT : BURTEK – MROWCE15 B 34-500 ZAKOPANE

REPAS : BURTEK – MROWCE15 B 34-500 ZAKOPANE

ENCADREMENT : ÉPAILLY SÉBASTIEN – PHILIPPE SCHARR + 6 ACCOMPAGNANTS

DATES : DU JEUDI 21 AU SAMEDI 30 OCTOBRE 2021

DÉPART : LE JEUDI 21 OCTOBRE 2021 - PLACE DU 14 JUILLET – 70250 RONCHAMP A 19H30

RETOUR : LE SAMEDI 30 OCTOBRE 2021 - PLACE DU 14 JUILLET – 70250 RONCHAMP A 06H00

TARIF : 180,00 € (LE COUT DU STAGE EST DE 325,00 €, LE CD 70 ET FDVA PRENENT 45% A LEURS CHARGE)

ANNÉE DE NAISSANCE CONCERNÉES : BENJAMINS(ES) 2011-2010 / MINIMES 2009-2008 /

CADETS(TES) 2007-2006

ACTIVITÉ PROPOSÉE : TOURNOI, JUDO, FOOTING, APN ET VISITE

MATÉRIEL A PRÉVOIR : JUDO GI, VETEMENT ET CHAUSSURE DE SPORT, TONGS, TROUSE DE TOILETTE SAC DE COUCHAGE, NECESSAIRE DE PISCINE ET PHARMACIE

Le coupon-réponse, le règlement et la fiche sanitaire sont à me faire parvenir avant le 30/09/2021 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

Mon fils (fille) participera au stage International de Zakopane de judo du..... au..... j'autorise les organisateurs à prendre toutes les décisions qu'ils jugeront nécessaires.

Je joins un chèque de 180 € de participation à l'ordre du Comité départemental de Haute-Saône de judo et la fiche sanitaire de liaison.

Signature des parents



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 | |
| 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 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 (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

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