

**STAGES INTERDEPARTEMENTAL – PAQUES  
MINIMES – CADETS 1 et 2  
DU 13 AU 15 AVRIL 2026 AU CREPS DE POITIERS**

**INSCRIPTIONS PAR EXTRANET**

**Fermeture le Mercredi 1<sup>er</sup> avril**

Nous vous prions de bien vouloir noter les informations ci-dessous concernant le stage interdépartemental Minimes – cadets de Pâques 2025.

**1/ MINIMES-CADETS Masculins/Féminins**

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| * Dates       | Du 13 au 15 avril 2026            |
| * Lieu        | CREPS de Poitiers                 |
| * Accueil     | Lundi 13 avril au Dojo du CREPS   |
| * Clôture     | Mercredi 15 avril à 16h30 au Dojo |
| * Responsable | Anthony MORTINI                   |

**CONDITIONS de MINIMES A CAET 1-2: nés (es) en 2010/2013**

**INSCRIPTION PRÉALABLE** : faite par le club sur extranet

Attention les places pour le comité 79 sont limités à 18, merci de n'inscrire qu'en cas de certitude de participation.

**Participation financière :**

**85€** par stagiaire

Une facture sera adressée aux Clubs à l'issue de ce stage.

**Pour information :**

Vous devez vous munir des équipements suivants :

- ☐ 1 ou 2 kimonos propres.
- ☐ 1 paire de chaussures pour courir.
- ☐ Affaires de préparation physique (survêtements).
- ☐ Effets personnels.
- ☐ Pharmacie (Elastoplaste, pansements, etc.).

Merci pour votre compréhension.

Fait à Parthenay, le 11 Mars 2026  
Le responsable du stage  
Anthony MORTINI

**Destinataires :**

- Les Clubs
- Les enseignants

**Pour Information :**

- Les membres du Comité Directeur

## DECHARGE DE RESPONSABILITE (à ramener le jour du stage)

### Pour le stage interdépartemental de Poitiers

Nom de l'athlète :

.....

#### 1° Pour tous les stagiaires

J'autorise les responsables du stage à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeront nécessaires pour une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale.

- N° de sécurité sociale :

.....

- Groupe sanguin :

.....

#### 2° Pour les mineurs

Je soussigné (nom, prénom du tuteur légal)

..... décharge comité 79 de  
judo de toute responsabilité en cas de sortie non autorisée de (nom, prénom)  
....., de l'établissement où se  
déroule le stage.

Date :

Signature du tuteur légal :

COMITE DES DEUX-SEVRES DE JUDO JU-JITSU D. A.  
Boite Postale n° 217 79206 PARTHENAY CEDEX  
Tél. 05. 49. 64. 15. 22  
@ Mail comite79@ffjudo.com  
Site http://deux-sevres-judo.ffjudo.com



## Fiche Sanitaire de Liaison à ramener le jour du stage

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRÉNOM : .....  
SEXE : ☐ GARÇON ☐ FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit :      | VACCINS PRATIQUES | DATES          |
|-----------------------------|-------------------|----------------|
| Du DT polio                 | .....             | ____/____/____ |
| Du DT coq                   | .....             | ____/____/____ |
| Du Tétracoq                 | .....             | ____/____/____ |
| D'une prise polio RAPPEL \$ | .....             | ____/____/____ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE         | AUTRES VACCINS |
|------------------------|------------------------|----------------|
| DATES                  | DATES                  | DATES          |
| 1 <sup>re</sup> VACCIN | VACCIN                 | .....          |
| RE Vaccination         | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | .....          |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POURQUOI ? .....

| INJECTIONS DE SÉRUM | NATURE | DATES          |
|---------------------|--------|----------------|
| .....               | .....  | ____/____/____ |

### III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| RUBÉOLE    | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
|------------|-----------|---------|-------------|------------|
| non oui    | non oui   | non oui | non oui     | non oui    |
| COQUELUCHE | OTITES    | ASTHME  | ROUGEOLE    | OREILLONS  |
| non oui    | non oui   | non oui | non oui     | non oui    |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

### IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? ☐ non ☐ oui  
SI OUI, LEQUEL ? .....  
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, NOUVELEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ non ☐ occasionnellement ☐ oui  
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REÇUE ? ☐ non ☐ oui

### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : ..... N° DE ..... DOMICILE ..... BUREAU .....  
DE S.S. : ..... TEL : .....

### ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Le soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

### PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : .....

Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DÉPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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