



COMITE
DE
MOSELLE

JUDO - JUJITSU et D.A.

ACADEMOS
2 rue Plénière
57420 VERNY

Courriel: Comitemosellejudo@wanadoo.fr
<http://www.judo-moselle.fr>



Guillaume FELLINI
Cadre Technique Départemental

Verny, le 07 Janvier 2025

CONVOCAATION STAGE AVRIL 2026 BENJAMINS (M) (F)

Cher (e) Ami (e),

Si tu le souhaite tu peux participer à un « **Stage Sportifs** » pendant les vacances de Février. Ce stage te permettra de te perfectionner et d'appréhender dans les meilleurs conditions possibles les futures échéances.

J'attire tout de même ton attention quand au fait que c'est un **stage sportifs**, avec un **degré d'intensité élevé**. Il est donc important avant de t'inscrire, de te rapprocher de ton professeur de judo pour **évalué ton niveau d'activité physique**.

Ce stage se déroulera les

Jeudi 16 Avril au Vendredi 17 Février 2026

Coût du Séjour : **80.00€**

Lieu du stage :
-Dojo de St Mihiel.
-Hotel de la Gare, place de la gare 55300 SAINT MIHIEL.

Accueil du stage : -Dojo de St Mihiel : Dojo Départemental , Av. Pierre de Coubertin 55300 SAINT MIHIEL de **08H30 à 09H00**

Clôture du Stage: -Dojo de St Mihiel à **16H30**.

Si tu souhaite t'inscrire à ce stage , nous t'invitons à prendre contact avec ton enseignant afin **qu'il puisse t inscrire sur extranet**.

Étant donné le nombre **très restreint de places**, il est important de souligner que tout le monde ne pourra malheureusement pas être accepté.

Ton inscription ne **sera validée** qu'une fois que le Comité de Moselle de Judo aura reçu l'ensemble des documents administratifs requis, accompagnés du paiement, par courrier.

Les places seront attribuées dans l'ordre de réception des paiements. Nous informerons individuellement chaque judoka, qu'il soit retenu ou non pour le stage.

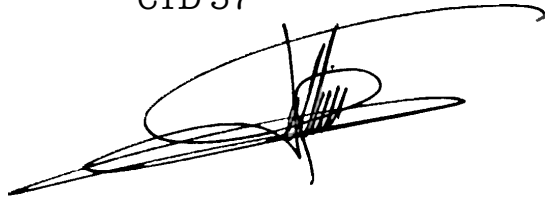
Si tu ne reçois aucune nouvelle de notre part, cela signifie que ton inscription est validée. Dans le cas contraire, nous te contacterons pour t'informer que ton inscription n'a malheureusement pas pu être retenue ou qu'il n'y a plus de place disponible.

Si tu as des questions , n'hésite pas à prendre contact avec moi.

Reçois, Cher (e) Ami(e), mes sincères salutations sportives.

FELLINI Guillaume

CTD 57

A stylized, handwritten signature in black ink, featuring a large, sweeping loop and a series of vertical strokes.

MODALITES DU STAGE

Passeport sportif,
Judogi,
Claquettes ou zoori,
Survêtement chaud pour footing,.
1 paire de basket pour le footing,
Nécessaire de toilette,
Une trousse de secours pour les petits soins,
La Fiche Sanitaire,

Si tu as un régime alimentaire particulier , merci de l'indiquer dans la fiche sanitaire.

Conseils : Eviter tout appareils électronique de valeurs (téléphone portable ,écouteur sans fils , etc....) des vols ont eu lieu l'année dernière et nous déclinons toute responsabilité si cela devait se reproduire.

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

M.FELLINI Guillaume
C T F Comité de Moselle de Judo
@: Guillaume.feellini@ffjudo.com
Tél : 06 33 23 11 29

Paiement accepté :

Liquide

Chèque à L'ordre du Comité de Moselle de Judo

Virement

IBAN FR45 3000 2070 3400 0007 9462 S70

CODE BIC : CRLYFRPP

Coupon réponse

STAGE JUDO 2026

BENJAMINS - M ET F

Jeudi 16 Avril au Vendredi Avril 2026

NOM : _____

PRENOM : _____

NOM Responsable Légal : _____

Tél Responsable Légal _____

CLUB: _____

☎ : (Obligatoire) _____

CATEGORIE DE POIDS* : _____

Signature du représentant légal de l'enfant

Signature du Responsable du Club

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e) M. Mme _____, civilement responsable de l'enfant _____ l'autorise par la présente à participer au Stage Sportifs d'Avril 2026 de Judo, qui se déroulera les Jeudi 16 Avril au Vendredi 17 Avril 2026 et donne tous pouvoirs aux cadres responsables du déplacement pour agir en cas d'accident, hospitalisation ou intervention chirurgicales.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne civilement responsable du judoka.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

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 AIGÜ	SCARLATINE
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
COQUELUCHE	OTITE	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
