



12^{ème} STAGE JUDO St Martin en Haut

DU MERCREDI 13 JUILLET 10H AU DIMANCHE 17 JUILLET 16H



Les inscriptions sont ouvertes pour les Judokas ados adultes nés jusqu'à 2003.

Ouverture des inscriptions pour les judokas nés en 2004/2005 à partir du 1^{er} juin (dans la limite des places disponibles)

Ouverture des inscriptions pour les judokas nés en 2006 à partir du 15 juin (dans la limite des places disponibles)

Thème du stage : Perfectionnement individualisé en judo de compétition

LIEU : DOJO (Gymnase -Le petit pont - 69 850 SAINT MARTIN EN HAUT)

PRIX : 160 € : CHEQUE (à l'ordre de la MJC de Saint Martin en Haut) - ESPECES - CHEQUES VACANCES.

Le prix du stage comprend l'encadrement, les repas (restaurant ou cuisine sur place), les transports, les entrées piscine, le matériel pédagogique et spécifique, l'hébergement, la pharmacie, les trophées ...

le tarif correspond à 32€ par jour par judoka. A cela vient se déduire les réductions pour 2 ou 3 enfants de la même famille. Et nous vous remettons une attestation pour les aides CAF, CE ...

REDUCTIONS :

- Réduction de 10 € sur le prix total pour le 2^{ème} enfant de la même famille.
- Réduction de 20 € sur le prix total pour le 3^{ème} enfant de la même famille.
- (Soit 30 euros de réduction pour 3 enfants de la même famille).

Pour les judokas qui ne sont pas adhérents 2016 à la MJC de Saint Martin en Haut
Il est obligatoire de prendre l'adhésion à la MJC qui donne accès et couvre la section judo.

Cette adhésion est de 9 euros et est à régler avec le paiement du stage.

INSCRIPTION :

- paiement du stage
- fiche sanitaire (feuilles ci-jointes)
- autorisations (feuille ci-jointe)
- prescription médicale (si besoin)

À RENVoyer AVANT LE 29 juin 2016

Martial BARROT - Les Jardins de Rampeaux - 69 610 AVEIZE

(Sous réserve de places disponibles)

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés

ENCADREMENT :

BARROT Martial Brevet d'Etat d'Educateur Sportif Judo (B.E.E.S, B.A.F.A, A.F.P.S, P.S.C.1)
Ceinture Noire 4^{ème} DAN. Directeur du stage (DEUST Animation)
Portable personnel : 06 33 13 76 30.

MARTINEZ Jean-Marie Brevet d'Etat d'Educateur Sportif Judo (B.E.E.S, A.F.P.S, C.F.A.P.S.E, B.N.S.S.A.)
Professeur d'EPS - Maître Nageur Sauveteur, Ceinture Noire 4^{ème} DAN.
Portable personnel : 06 89 06 56 42.

JUDOKAS + 18 ans Mis à contribution pour l'encadrement. (Réduction sur le prix du stage)
Ceintures Noires

LISTE DE MATERIEL

- PIC-NIC du 1^{er} jour (mercredi midi).
- 2 paires de baskets (running, sports co ...).
- Vêtements de sport et sous-vêtements pour chaque jour.
- 1 vêtement de pluie.
- 1 vêtement chaud.
- 1 casquette + crème solaire.
- Nécessaire de toilette + pharmacie personnelle (élastho, bande ...).
- 1 maillot de bain (spécial piscine) + serviette de bain.
- 1 sac de couchage + matelas. (1 tente : si possible)
- 1 petit sac à dos pour le VTT et la piscine...
- 1 bouteille d'eau.
- 1 lampe de poche.
- 1 clé USB (au moins 4 giga pour repartir avec les photos du stage).
- 1 VTT en bon état + casque obligatoire
- Le (ou les) Kimono(s) de judo.

AUTORISATION DE CAMPER

Je soussigné.....

Père / Mère / Tuteur de..... Né(e) le.....

Joignable pendant toute la durée du stage. Portable 1 :...../...../.....

Téléphone :...../...../..... Portable 2 :...../...../.....

Adresse :.....

AUTORISE mon enfant à participer et à camper lors du stage de judo de St Martin en Haut

Fait à..... le...../...../2016.

LU ET APPROUVE

SIGNATURE

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

J'autorise les responsables à faire pratiquer tous soins médicaux ou toutes opérations chirurgicales sur mon enfant, jugés nécessaires en cas d'urgence.

En cas d'allergie, vous devez nous fournir un protocole signé du médecin pour la conduite à tenir

Fait à..... le...../...../2016.

LU ET APPROUVE

SIGNATURE

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise les personnes encadrant le stage à transporter mon enfant dans leur véhicule personnel ou dans les minibus conduit par Martial BARROT et Jean-Marie MARTINEZ.

Fait à..... le...../...../2016.

LU ET APPROUVE

SIGNATURE

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre du stage de judo, votre enfant sera photographié et filmé. Ces images pourront être utilisées pour la promotion du stage, du club et de la MJC de St Martin en Haut. En cas de désaccord, merci d'en faire la demande écrite auprès des responsables du stage.

LU ET APPROUVE

SIGNATURE

STAGE JUDO 2016	Mercredi 13 juillet	Jeudi 14 juillet	Vendredi 15 juillet	Samedi 16 juillet	Dimanche 17 juillet
Réveil musculaire 7h30-8h	oui	oui	oui	oui	oui
Ptit déj 8h-8h30	Ptit déj	Ptit déj	Ptit déj	Ptit déj	Ptit déj
Repos / Rangement 8h30-9h					Rangement
Matin 1 9h-10h30	R&B 10 tours de Run and Bike	Piscine		Jeux d'opposition	
Matin 2 10h30-12h	Judo 3 (1h)			Judo 8 (1h30)	Judo 10 (1h)
Repas 12h30-13h30	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
Repos obligatoire 13h30-14h30	Pic Nic tiré du sac				
Après-midi 1 14h30-16h	Judo 4 (2h) Renforcement Musculaire 1 Uchi Komi Session 1	Judo 6 (1h)	Judo 7 (2h) Renforcement Musculaire 2 Uchi Komi Session 2	Rando VTT (2h)	Judo 11 (1h30) Bilan / Remise trophées Départ à 16h
Repos / Gouter 16h-16h30					
Après-midi 2 16h30-18h	Judo 5 (1h30)			Judo 9 (2h)	
Repos / Prépa repas 18h30-19h	Sports Co				
Repas 19h-20h	Hot-dog et Tacos	Spaghettis Bolo	Barbecue	Crêpes Party	
Veillée 20h-22h	Judo 2 (2h)	K	O	U	



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 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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

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