



COMITÉ DÉPARTEMENTAL  
DE JUDO DU BAS-RHIN  
4, rue Jean Mentelin - B.P. 95028  
67035 Strasbourg CEDEX 2  
T. 03 88 26 94 09 - mail@judo67.fr  
www.judo67.fr  
SIRET 330 926 999 00021

Strasbourg, le 03/09/2024.

Antoine Véron.

Conseiller Technique Fédéral.

## Stage Sportif Benjamins Minimes Toussaint 2024

Le Comité départemental 67 Judo, organise un stage Benjamin-minimes de la Toussaint, qui se déroulera du lundi 21 octobre au mercredi 23 Octobre 2024.

Au CREPS de Strasbourg.

Renseignements sur l'organisation du stage :

Stage départemental à Strasbourg	Préparation de la saison sportive 2024-2025. Détection des judokas à potentiel.
Objectif	Se confronter aux meilleurs judoka du comité départemental.
Date Démarrage	21/10/2024 au dojo du CREPS de Strasbourg à
Date fin de stage	23/10/2024 au dojo du CREPS de Strasbourg
Adresse	4 allée du Sommerhof 67100 Strasbourg
Hébergement et restauration	Stage en demi-pension, repas du midi au CREPS.
Frais de participation	60€. Chèques à l'ordre du CD 67 Judo / Espèces. Hello Asso
Encadrement	Encadrement Antoine Véron Téléphone : 07 89 01 29 28 Mail : <a href="mailto:antoine.veron@ffjudo.com">antoine.veron@ffjudo.com</a>

L'accueil est prévue tous les jours à 8h30 à 9h.

Le stage se fini tous les jours à 17h

**Veillez prévoir :**

**Pour tout le monde :**

- Carte d'identité
- Une trousse à pharmacie (strap, ciseaux, pansements, bandage...)
- Affaires de sport (tenue footing / préparation physique + baskets)
- 2-3 judogis
- Décharge de responsabilité et Autorisation parentale.

Merci de bien vouloir me confirmer par mail : [antoine.veron@ffjudo.com](mailto:antoine.veron@ffjudo.com) que vous participerez bien au stage.

De plus, je vous demande de bien vouloir informer votre professeur de club de votre participation au stage .

**Sportivement**

**Antoine Véron**



COMITÉ DÉPARTEMENTAL  
DE JUDO DU BAS-RHIN  
4, rue Jean Mentelin - B.P. 95028  
67035 Strasbourg CEDEX 2  
T. 03 88 26 94 09 - mail@judo67.fr  
[www.judo67.fr](http://www.judo67.fr)  
SIRET 330 926 999 00021

## Autorisation parentale

Je soussigné(e),....., (NOM, Prénom)

Demeurant .....(Adresse)

Agissant en qualité de tuteur légal, confirme avoir pris connaissance des modalités du déroulement du stage et confirme que l'enfant ..... (NOM, Prénom) Participera au stage sportif du comité départemental du Bas-Rhin.

# DECHARGE DE RESPONSABILITE



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

COMITÉ DÉPARTEMENTAL  
DE JUDO DU BAS-RHIN  
4, rue Jean Mentelin - B.P. 95028  
67035 Strasbourg CEDEX 2  
T. 03 88 26 94 09 - mail@judo67.fr  
www.judo67.fr  
SIRET 330 926 999 00021

Je soussigné(e) (nom et Prénom du représentant légal)

J'autorise  mon fils  ma fille (nom et prénom)  
né(e) le /\_/\_/ \_/\_/ \_/\_/\_/

- A participer aux manifestations organisées par le comité départemental 67.**
- Autorise le(s) responsable(s) de l'encadrement** à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable, conformément aux prescriptions du corps médical consulté
- Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins :** Il/elle est du groupe sanguin : \_\_\_\_\_

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/ _/_/ _/_/_/	Coqueluche	/_/_/ _/_/ _/_/_/
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/ _/_/ _/_/_/	Hépatite B	/_/_/ _/_/ _/_/_/
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/ _/_/ _/_/_/	Rubéole-Oreillons-Rougeole	/_/_/ _/_/ _/_/_/
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/ _/_/ _/_/_/	Autres (préciser)	/_/_/ _/_/ _/_/_/
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/ _/_/ _/_/_/	BCG	/_/_/ _/_/ _/_/_/

- Certifie avoir produit le certificat médical de non-contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.**
- Reconnait avoir été informé(e)** que la prise en charge de mon enfant par l'encadrement ne se fera qu'à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation et décharge le comité de toute responsabilité pour le transfert de mon fils / ma fille, de mon domicile au lieu de départ, pour la saison 2023/2024.
- Décharge du comité de toute responsabilité** en cas de sortie non autorisée de mon fils / ma fille de l'établissement dans lequel se déroule la manifestation et où il /elle est hébergé(e).

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

NOM ET PRENOMS	TELEPHONE
	/_/_/ _/_/ _/_/_/
	/_/_/ _/_/ _/_/_/
	/_/_/ _/_/ _/_/_/

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant (obligatoire) \_\_\_\_\_

N° de la caisse chirurgicale mutualiste (MAE ou MEP) \_\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone du médecin traitant (facultatif) \_\_\_\_\_

Tel. /\_/\_/ \_/\_/ \_/\_/\_/

Date /\_/\_/ \_/\_/ \_/\_/\_/

Signature (responsables légaux)