

**Date limite de retour :**  
**16 octobre 2021**

# Informations

---

## Description

**Intitulé :** Stage départemental benjamins et minimes  
**Organisateur :** Comité du Cantal de Judo  
**Date :** 25, 26 et 27 octobre 2021  
**Lieu :** Le Lioran

---

## Organisation

**Organisateur :** *Comité du Cantal de Judo*  
130 avenue du Général Leclerc  
15000 Aurillac

**Contact :** *Cédric LALLÉ*  
Téléphone : 06.78.29.24.55  
E-mail : sport@judocantal.com

**Lieu du séjour :** *Chalet des Galinottes*  
Prairie des Sagnes  
15300 Le Lioran  
Téléphone : 04.71.49.50.51  
E-mail : chalet-des-galinottes@galinottes.net

---

## Conditions de participation

- ① Etre licencié à la FFJDA pour la saison 2021-2022.
- ② Disposer d'un certificat médical ou d'une attestation relative à l'état de santé en cours de validité.
- ③ Disposer d'un passeport sportif en règle et datant de moins de 8 ans.
- ④ S'engager à respecter les règles régissant le Comité du Cantal de Judo, ainsi que celles du centre d'accueil.
- ⑤ S'être acquitté des 50 euros de participation.  
(uniquement par chèque à l'ordre du Comité du Cantal de Judo)
- ⑥ Avoir remis la "fiche d'inscription et de décharge de responsabilité" aux organisateurs.

**ATTENTION ! Les participants de 12 ans et plus devront disposer d'un Pass Sanitaire valide pour prendre part au stage.**

## **Encadrement**

L'encadrement du stage et les interventions spécifiques sont assurés par des titulaires du Brevet d'Etat ou équivalent de la discipline pratiquée. Des stagiaires ou des personnes en formation peuvent également être amenées à faire partie de l'équipe encadrant les participants au stage.

---

## **Prescription médicale**

Les participants au stage ne sont pas autorisés à avoir de médicaments ou de substances assimilées dans leurs affaires.

En cas de prescription médicale, pour une maladie chronique ou non, merci de le signaler **obligatoirement** dans la fiche d'inscription, d'y joindre une copie lisible de l'ordonnance et de **remettre toutes les substances aux organisateurs** le premier jour du stage (celles-ci devront être dans un sac sur lequel apparaîtra le nom du patient).

---

## **Planning prévisionnel**

A l'occasion du prochain stage, les activités prévues sont les suivantes :

### **DEBUT**

Accueil le 25 octobre 2021 à 8h30.

### **PENDANT**

Judo  
Escalade  
Tennis de table  
Activité de montagne\*  
Sports collectifs  
Tir laser  
Soirée vidéo  
Soirée animée\*

\* à préciser ultérieurement

Sensibilité à la lutte contre les violences dans le sport

Intervention assurée par l'association ***Colosse aux pieds d'argile***

### **FIN**

Fin du stage le 27 octobre 2021 à 17h00.

# Fiche d'inscription et de décharge de responsabilité

---

## Inscription

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

Club : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

---

## Renseignements complémentaires

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Maladie(s) à connaître : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement médical en cours<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personne(s) à prévenir en cas de besoin :

① Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

② Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale du représentant légal : \_\_\_\_\_

Caisse chirurgicale mutualiste : \_\_\_\_\_

