

**Date limite de retour :**  
**14 octobre 2023**

# Informations

---

## Description

**Intitulé :** Stage départemental benjamins et minimes  
**Organisateur :** Comité du Cantal de Judo  
**Date :** 23, 24 et 25 octobre 2023  
**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*  
2 rue de la Patinoire  
15300 Le Lioran  
Téléphone : 04.71.49.50.51  
E-mail : chalet-des-galinottes@galinottes.net

---

## Conditions de participation

- ① Être licencié à la FFJDA pour la saison 2023-2024.
- ② Disposer d'un certificat médical ou d'une attestation relative à l'état de santé en cours de validité.
- ③ S'engager à respecter les règles régissant le Comité du Cantal de Judo, ainsi que celles du centre d'accueil.
- ④ S'être acquitté des 75 euros de participation.  
(uniquement par chèque à l'ordre du Comité du Cantal de Judo)
- ⑤ Avoir remis la "fiche d'inscription et de décharge de responsabilité" aux organisateurs.

## **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 23 octobre 2023 à 8h30.

### **PENDANT**

Judo  
Escalade  
Randonnée  
Activité de plein air\*  
Sports collectifs  
Tir laser  
Soirées animées\*  
\* à préciser ultérieurement

### **FIN**

Fin du stage le 25 octobre 2023 à 17h30.

# 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 : \_\_\_\_\_

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

## **Autorisation et décharge parentale<sup>(2)</sup>**

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
autorise mon fils ou ma fille<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
à participer au :

**Stage départemental benjamins et minimes  
au Lioran (15), les 23, 24 et 25 octobre 2023**

Stage sportif organisé, dans le cadre de ses activités, par le :

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

De plus, j'atteste sur l'honneur que les informations données précédemment sont exactes et vérifiables à tous moments par les organisateurs du stage.

Par ailleurs, j'autorise et décharge de toutes responsabilités la Fédération Française de Judo, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Judo, le Comité du Cantal de Judo et leurs intervenants, à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeront utiles et nécessaires, plus particulièrement pour une intervention médicale et/ou chirurgicale d'une part et d'autre part, en cas de non respect des consignes et des règles établies ainsi que des suites éventuelles qu'elles pourraient entraîner.

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Signature(s) :  
  
\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Joindre une copie de l'ordonnance

<sup>(2)</sup> A remplir par les parents ou le représentant légal

<sup>(3)</sup> Rayer la mention inutile