

**Date limite de retour :**  
**10 octobre 2025**

# Informations

---

## Description

**Intitulé :** Stage départemental benjamins et minimes  
**Organisateur :** Comité du Cantal de Judo  
**Date :** 20, 21 et 22 octobre 2025  
**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 2025-2026.
- 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 20 octobre 2025 à 8h30.

### **PENDANT**

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

### **FIN**

Fin du stage le 22 octobre 2025 à 17h15.

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

