

CONTACT ORGANISATION

Sébastien EPAILLY
10 rue du Colombier - 25660 Saône
Mob. : 06 88 96 02 89
Courriel : sebastien.epailly@ffjudo.com


Date 12 Mai 2026

CONVOCATION

COUPE DE BFC MINIMES PAR MIXTE EQUIPE DE DEPARTEMENT

J'ai le plaisir de t'annoncer que tu as été sélectionné(e) par le Comité Départemental de Haute-Saône - Judo pour participer à la **4^{ème} édition de la coupe de BFC par équipe Mixte de Département** qui aura lieu le Dimanche 24 Mai 2026. Cet évènement est unique et un bon moyen de faire briller les couleurs de ton département. C'est pour cela que j'espère une réponse favorable.

Sébastien EPAILLY,
CMTF Haute-Saône Judo



DATES	DIMANCHE 24 MAI 2026
LIEU	DOJO DEPARTEMENTAL – 101 RUE DU COLONEL DE CASTELJAU – 21000 BEAUNE
HEBERGEMENT	/
REPAS	REPAS TIRE DU SAC (PRISE EN CHARGE PAR LES PARENTS)
ENCADREMENT	EPAILLY SEBASTIEN
RENDEZ-VOUS	SUR PLACE A 09H00
TARIF	GRATUIT
MATÉRIEL A PRÉVOIR :	JUDOGI, VETEMENT DE RECHANGE, TROUSSE DE TOILETTE, PASSEPORT JUDO, TONGS ET PHARMACIE

SIÈGE SOCIAL

Chez Monsieur Philippe Schärr
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagney
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president_comite70@ffjudo.com



COMITÉ DE HAUTE-SAÔNE DE JUDO, JU JITSU ET DISCIPLINES ASSOCIÉES

Le coupon-réponse et la fiche sanitaire sont à me faire parvenir avant le 20/05/2026 par voie postal : EPAILLY Sébastien - 10 rue du Colombier - 25660 Saône ou par mail : sebastien.epailly@ffjudo.com

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel cas d'urgence :

Date de naissance :

Poids :Kg

E-mail:

Club:

Autorisation parentale

Je soussigné(e)....., autorise mon fils ou ma fille à participer à la coupe de France par équipe de département du au..... j'autorise les organisateurs : a déplacé mon enfant et à prendre toutes les décisions qu'ils jugeront nécessaire et je m'engage à revenir chercher mon enfant sur site dans les meilleurs délais en cas de blessure, en raison d'un comportement contraire à la vie en collectivité ou en raison d'un investissement sportif jugé insuffisant par le responsable du stage.

Signature des parents :

SIÈGE SOCIAL

Chez Monsieur Philippe Schärr
39, rue Léopold Senghor - 70290 Champagny
Mob. : 06 71 43 98 95 - Courriel : president_comite70@ffjudo.com



LIGUE DE JUDO
Bourgogne-Franche-Comté

**FRANCE
JUDO**



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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Oua DT polio				Autres (préciser)	
Oua 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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