



**CHAMPIONNAT INTERREGIONAL
DE JUDO SPORT ADAPTE
SAINT VARENT (79330)
SAMEDI 4 JUIN 2011**

Dossier à renvoyer **avant le Vendredi 27 mai 2011** par courrier, fax ou mail à :

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter :

GIROIRE Thierry : 06.19.11.16.58

Mail : thierry.giroire@hotmail.fr

Licence compétition 2010/2011 obligatoire.

Si vous n'êtes pas affilié à la FFSA, vous pouvez contacter votre Comité Départemental du Sport Adapté pour la prise d'une licence.

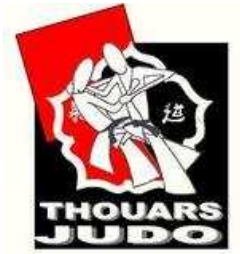
Cette compétition est réservée **aux juniors** (nés entre 1992 et 1994) et **aux séniors** (nés en 1991 et avant).

Pour cette compétition, les judokas s'engagent

SOIT en Division Combat

SOIT en Division Technique.

FRAIS D'INSCRIPTION : 5,00€ par sportif



**CHAMPIONNAT INTERREGIONAL
DE JUDO SPORT ADAPTE
SAINT VARENT (79330)
SAMEDI 4 JUIN 2011**

Cette compétition aura lieu

Salle Omnisport de SAINT VARENT (79330)

PROGRAMME

8h30 – 9h30

Accueil – **Pesée obligatoire** – Vérification des licences FFSA et certificats médicaux. (Le certificat médical de non contre indication au judo est obligatoire)

9h30 – 10h

Echauffement commun

10h

Compétition par catégorie de poids (poules puis tableau)

Application du règlement Judo FFSA en vigueur à consulter ou télécharger à l'adresse suivante :

http://www.ffsa.asso.fr/Pages/InCadres/GestClient/PDF/Reglements/R_Judo.pdf

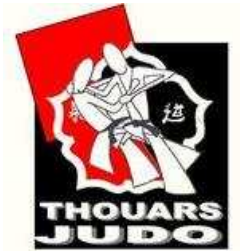
Tournoi Open pour les personnes seules dans leur catégorie (regroupement de catégories de poids possible)

16h30

Remise des récompenses

17h00

Fin prévisionnelle de la manifestation



**CHAMPIONNAT INTERREGIONAL
DE JUDO SPORT ADAPTE
SAINT VARENT (79330)
SAMEDI 4 JUIN 2011**

Fiche d'engagement Association

A renvoyer avant le **27 mai 2011** par courrier, par mail ou par fax

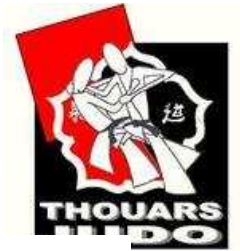
A : Comité Régional Sport Adapté
CREPS Poitou-Charentes
86580 VOUNEUIL SOUS BIARD
Fax. 05 49 36 06 43
Mail. : dupuy.crsapc@orange.fr

Nom de l'association	
N° d'affiliation	
Département	

Frais d'inscription :

Désignation	Nombre	P.U.	TOTAL
Inscription sportif		5,00 €	
TOTAL			

Ligue Sport Adapté Poitou-Charentes
CREPS Poitou-Charentes
86580 VOUNEUIL SOUS BIARD
Tél/Fax : 05 49 36 06 43



INFORMATIONS MÉDICALES CONCERNANT L'ATHLÈTE

IMPORTANT

À conserver par les accompagnateurs et à mettre à la disposition de l'équipe médicale, si besoin

Nom et Prénom de l'athlète :

.....

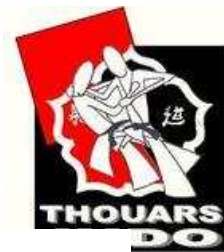
Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Association sportive :

1. INFORMATIONS MÉDICALES

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ◆ Déficience mentale légère | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Déficience mentale moyenne | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Trisomie 21 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Troubles neurologiques | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Epilepsie | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Troubles de l'émotivité | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Sensibilité au froid et au chaud | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Déficit visuel | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Port de lentilles de contact, de lunettes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Déficit auditif | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Maladies cardio-vasculaires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Maladies rénales | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Diabète | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Troubles de la coagulation | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Troubles articulaires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Hernies | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Prothèses dentaires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Maladies contagieuses récentes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ◆ Affections respiratoires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

En cas de réponse positive, fournir quelques précisions. Merci.



2. MÉDICATION EN COURS

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

3. ALLERGIE AUX MÉDICAMENTS

4 VACCINATIONS

Tétanos _____ OUI NON

Date du dernier rappel _____

5. RÉGIME PARTICULIER POUR RAISON MÉDICALE

Diabète OUI NON

Hyposodé OUI NON

6. JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE :

LA CARTE DE SÉCURITÉ SOCIALE,
LA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE

Nom du Médecin, Adresse, Téléphone (ou cachet)

Date de l'examen

.....
.....
.....

.....