



Cercle Nautique de la Ria d'Étel

Fiche d'inscription PAQUES



PARTICIPANT : (tous les champs sont obligatoires)

Nom : Prénom : Né(e) le : / / Age :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville : Pays :

Tél : Portable : Mail :

Adresse pendant le stage :

Code postal : Ville : Pays :

Portable : Mail :

- Autorisation parentale** : Je soussigné(e) *Né(e) le :
- autorise/ atteste que le participant
- A quitter seul(e) le lieu de son activité Oui Non
 - A être photographié, permettre la diffusion dans le cadre de nos activités Oui Non
 - La participation aux activités nautiques, autorise, si je ne peux être joint, le responsable à prendre toutes les mesures jugées nécessaires en cas d'urgence.
 - A pris connaissance du Règlement Intérieur et du Dispositif de Surveillance et d'Intervention du Cercle Nautique d'Étel, consultable sur place.
 - Souhaite adhérer au Cercle Nautique de la Ria d'Étel pour bénéficier des services de son école de voile, de pagaie et à participer aux assemblées générales.
 - A pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence FFV.
 - Atteste que le pratiquant (*sauf mousse et matelot*) est apte à s'immerger et à nager au moins 25 mètres pour les moins de 16 ans ou à plonger et à nager au moins 50 mètres à partir de 16 ans et a bien présenté son certificat médical de non contre indication médicale à la pratique d'une activité nautique et/ou du sport en général (moins d'un an).
 - Avoir été informé des risques que comportent l'activité (chutes, glissades, coups etc...)
 - Suis intéressé(e) par la prise d'assurance complémentaire Oui Non
 - Détient un livret de certification des niveaux FFV Oui Non

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

A Compléter	Activité :	Heure séance :
Semaine		
Montant de l'activité		€
Licence enseignement FFVoile/FFCK		€
Montant à régler		€
Mode de règlement	CHQ / ESP / CB / CHQ VCES / CB en ligne	
	Cde Awoo :	



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 EUE LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
ALLERGIES :		ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTS USES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
		ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CLAIRS :

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 LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SSI).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

EXTRAIT DU REGLEMENT MEDICAL DE LA FFVOILE

Article 8

L'obtention du certificat médical de non contre indication à la pratique de la voile et notamment de la voile en compétition est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'Etat, et inscrit à l'ordre des médecins.

La Commission Médicale Nationale de la FFVoile :

- **Rappelle** que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :
 - engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens,
 - doit être pratiqué dans un environnement médical approprié quand il a lieu avant une compétition.
- **Précise** que le contenu de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.
- **Conseille** :
 - de tenir compte des pathologies dites de « croissance » et des pathologies antérieures,
 - de consulter le carnet de santé,
 - de vérifier plus précisément au niveau de l'appareil locomoteur : rachis, ceintures, genoux, pieds, en s'aidant si nécessaire de radiographies.
- **Insiste sur les contres indications à la pratique de la voile** :
 - toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité,
 - en cas de doute, contacter la Commission Médicale.
- **Préconise** :
 - une mise à jour des vaccinations,
 - un bilan dentaire annuel,
 - une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 40 ans,
 - une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans,
 - un examen ORL et visuel.
- **Prescrit** :
 - Les conditions d'aptitudes physiques et médicales pour participer aux épreuves habitables en solitaire et en double devant respecter les RSO de type 0,1 et 2 sont définies en annexe 3 du présent règlement,
 - pour toutes les autres courses en haute mer, de réaliser un bilan médical de l'intéressé le plus complet possible, en relation avec la ou les compétitions envisagées.

Certificat Médical (valable un an)

Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique de la FFVoile
Pris en application des articles L.231-2, L231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur :certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénomné(e) le

et certifie que son état de santé ne contre indique pas la pratique de la voile
 y compris en compétition.

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur