



DOSSIER D'INSCRIPTION

PARTICIPANT : (toutes 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 le participant

- A quitter seul 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 ou sur notre site.
- 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 (montant adhésion 10€).
- A pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence FFV.
- Atteste que le pratiquant 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 ne présente aucune contre indication médicale à la pratique d'une activité nautique (sauf mousse matelot).
- Avoir été informé des risques que comportent l'activité (chutes, glissades, coupures, 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 / Support	Heure séance
Semaine	Du au	Du au
Montant de l'activité	€	
Montant à régler	€	
Mode de règlement	CHQ / CHQ VCES / CB / ESP / CB en ligne	
	Cde Awoo :	



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE 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.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, and Autres (préciser).

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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

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 SS).

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