



DOSSIER D'INSCRIPTION

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 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 participant a un suivi médical régulier et m'engage à déclarer tout traitement médical et contre indication le cas échéant (mousse matelot compléter le Cerfa ci-après).
- 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 auJuillet		Du auAoût	
Montant de l'activité				€
Montant à régler				€
Mode de règlement	CHQ / CHQ VCES / CB / ESP / Achat en ligne			
	Cde Awoo :			



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :