

OPERATION SAVOIR NAGER

FICHE D'INSCRIPTION

NOM			
PRENOM			
ADRESSE			
CP VILLE		N°TEL 1	
DATE DE NAISSANCE		N°TEL 2	
NATIONALITE		N°TEL 3	
Mail parents			Mail parents
Mail nageurs			

TARIF: 15,00 EUROS pour les 15 séances
Cette cotisation de 15,00 correspond à l'assurance souscrite par le club auprès de la FEDERATION FRANCAISE DE NATATION

Règlement: Par chèque bancaire à l'ordre de: RAC NATATION
Coupons sports ANVC

Toute inscription est définitive et ne pourra en aucun cas être remboursée

Tout créneau choisi sera définitif

Semaine 28,29 & 30 JUILLET

<input type="checkbox"/>	10h00/11h00 du mardi au samedi
<input type="checkbox"/>	11h00 /12h00 du mardi au samedi

Semaine 32,33 & 33 AOUT

<input type="checkbox"/>	10h00/11h00 du mardi au samedi
<input type="checkbox"/>	11h00 /12h00 du mardi au samedi

Je soussigné (e)autorise ma fille, mon fils
à signer une licence au RAC Natation dans le cadre de l'opération "SAVOIR NAGER".

J'autorise les dirigeants à prendre en cas d'urgence toutes décisions de transport, d'hospitalisation jugées indispensables par le médecin appelé.

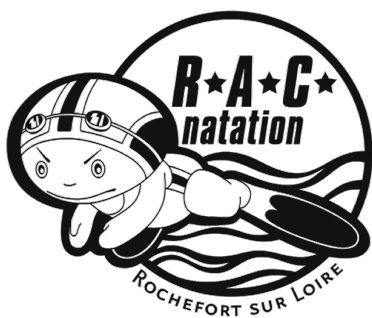
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

En adhérent au club, ma fille, mon fils s'engage à respecter le règlement intérieur du RAC Natation, et celui de la fédération, à respecter ses camarades, les dirigeants et à assister aux séances suivant les horaires définies.

<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

J'autorise le RAC NATATION à prendre et à diffuser des photos ou vidéos de mon enfant (internet, email au membre, diaporama, etc...

<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non





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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 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 AIGÛ 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 non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

