

# 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

9H00 / 10h00 du mardi au samedi

14H00 / 15H00 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.

oui
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.

oui
non

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

oui
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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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)

.....

.....

.....

.....

.....

